

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1351/2018

ATAS/725/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 août 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par
PROCAP pour personnes avec handicap

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1969, est mariée et mère de deux enfants nés respectivement en 2000 et 2003. Entre 1996 et 2003, elle a travaillé auprès de plusieurs employeurs en qualité de femme de chambre, employée d'entretien et manutentionnaire. Elle a également été inscrite au chômage à partir du 4 octobre 2000.
2. Le 6 juin 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), invoquant une dépression, une douleur au dos, de la fatigue et une douleur au ventre avec aggravation depuis son accouchement en mars 2003, présentes depuis 2000.
3. Dans un rapport du 5 juillet 2005, le docteur B_____ a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif depuis 2001, de fibromyalgie invalidante depuis 2003 et de lombalgie sur la base d'une arthrose des articulations L4-L5 et L5-S1 depuis 2004. L'incapacité de travail dans l'activité habituelle de lingère était de 100% du 26 août au 28 septembre 2003, 50% du 29 septembre 2003 au 11 janvier 2004, 100% du 12 janvier au 30 avril 2004, 0% du 1^{er} mai 2004 au 13 avril 2005 et 100% dès le 14 avril 2005 pour une durée indéterminée. À la suite de son accouchement en 2003, elle avait développé une rétention placentaire qui avait nécessité une hospitalisation. Elle se plaignait d'une intense fatigue, d'un manque de force, de douleurs diffuses au niveau des articulations, de la tête, du dos et du ventre, de migraines fréquentes, de malaises une à deux fois par jour et d'une impossibilité de marcher plus de 100 m en raison d'une faiblesse généralisée.

Le Dr B_____ a joint à son rapport divers documents médicaux, notamment :

- un rapport du 16 avril 2003 du département de médecine interne des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) retenant le diagnostic principal d'insuffisance rénale aigüe sur probable atteinte médicamenteuse ;
- un rapport du 27 novembre 2003 de la Dresse C_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, laquelle relevait une anamnèse et un status caractéristique d'une fibromyalgie, sans aucun signe inflammatoire, anamnésique ou clinique. L'assurée présentait également des douleurs d'extension sur troubles statiques, certainement augmentées après la grossesse et par l'insuffisance des muscles abdominaux. Elle lui avait prescrit un anxiolytique en raison d'une anxiété importante ;
- un rapport du 20 avril 2004 du docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, lequel constatait que l'assurée avait des douleurs à la mobilisation active de sa colonne vertébrale, alors que les documents d'imagerie de la colonne lombaire du 14 août 2003 ne montraient qu'une arthrose des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1. Il avait donc fixé une reprise à 100% le 1^{er} mai 2004 dans un travail léger sans effort physique ;

- un rapport du 8 février 2005 du docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que l'assurée présentait des céphalées d'allure migraineuse (caractère intermittent des douleurs, présence de nausées, de photo et de sonophobie). Il y avait en outre un contexte de douleurs diffuses, de fatigue et probablement d'état dépressif qui devait jouer un rôle dans les céphalées.
- 4. Dans un rapport du 14 octobre 2005, le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen sous traitement, syndrome somatique depuis 1994 et 2001, de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2003 et de problèmes somatiques (fibromyalgie, lombalgies, céphalées migraineuses, etc.) depuis 2003 et 2004. Il a également posé le diagnostic sans effet sur la capacité de travail d'accouchement compliqué avec infection urinaire, rétention placentaire et endométrite, traitées par antibiotiques et analgésiques, curetage puis insuffisance rénale aiguë. L'incapacité de travail était de 50% depuis le 18 avril 2005 pour une durée indéterminée.
- 5. Dans un rapport du Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed) du 25 septembre 2006, les doctresses G_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne générale, et H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont retenu les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail de personnalité histrionique et de rachialgies chroniques. L'assurée ne présentait aucune limitation fonctionnelle. Sa capacité de travail était pleine et entière dans son activité habituelle de lingère. Elle semblait avoir trouvé un bon compromis pour mettre un terme à son activité professionnelle depuis qu'elle avait eu des enfants. Sans motivation à reprendre le travail, elle aurait de la peine à s'adapter à son environnement professionnel, comme en témoignait l'échec de son stage effectué dans le cadre du chômage en avril 2005. Avant ses grossesses, elle n'avait rencontré aucun problème d'adaptation à son environnement professionnel.
- 6. Le 24 octobre 2006, la doctresse I_____ du service médical régional AI (ci-après : SMR) a repris les conclusions du CEMed.
- 7. Par décision du 6 décembre 2006, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, sa capacité de travail étant pleine et entière dans toute activité. En l'absence de recours, elle est entrée en force.
- 8. Le 5 novembre 2012, l'assurée a été engagée en qualité de vendeuse en boulangerie à plein temps.
- 9. Le 8 novembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, invoquant des problèmes de dos, des douleurs au ventre avec une aggravation suite à son accouchement en mars 2003 et une dépression. Son incapacité de travail était de 100% depuis le 22 mai 2017. Son cas était pris en charge par l'assurance perte de gain de son employeur.
- 10. À la demande de l'OAI, l'intéressée a produit plusieurs documents médicaux :

- un avis de sortie des HUG du 29 octobre 2016 émis à la suite d'une hospitalisation du 26 au 29 octobre 2016 en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic de diverticulite Hinchey 1a du côlon droit était retenu ;
 - un avis de sortie des HUG du 10 février 2017 émis à la suite d'une hospitalisation du 7 au 11 février 2017 en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic de diverticulite Hinchey 1a (2^{ème} épisode) était retenu et un arrêt de travail de 100% certifié du 7 au 19 février 2017, avec une reprise du travail à 100% dès le 20 février 2017 ;
 - un rapport du 18 mai 2017 établi par la doctoresse I_____, spécialiste FMH en chirurgie. L'assurée avait été hospitalisée une première fois en octobre 2016 pour une diverticulite du côlon droit. Par la suite, elle avait fait une nouvelle crise de diverticulite en février 2017 nécessitant une nouvelle hospitalisation. Ces deux crises étaient décrites comme diverticulite non compliquée, classée Hinchey 1a. À l'examen clinique du jour, l'abdomen était complètement souple et indolore ;
 - plusieurs certificats médicaux concernant des arrêts de travail à 100% dès le 22 mai 2017 ;
 - une lettre de sortie des HUG du 6 juin 2017 émise à la suite d'une hospitalisation du 21 au 27 mai 2017 en raison de douleurs abdominales. Le diagnostic principal de diverticulite du côlon droit Hinchey 1a était retenu et un arrêt de travail à 100% certifié du 27 mai au 11 juin 2017, avec une reprise du travail à 100% dès le 12 juin 2017 ;
 - un résumé de séjour des HUG du 21 juin 2017 retenant un diagnostic d'hématurie ;
 - un résumé de séjour des HUG du 18 août 2017 faisant état d'un diagnostic de douleurs abdominales sans précision. L'assurée était connue pour de multiples antécédents de diverticulite.
11. Dans un avis du 19 janvier 2018, le docteur J_____ du SMR a relevé que le diagnostic de diverticulite sans complication avait été retenu dans les lettres de sortie des HUG des 26 mai et 18 août 2017, ce qui n'était pas une atteinte invalidante.
 12. Dans un projet de décision du 22 janvier 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 8 novembre 2017, faute d'atteinte invalidante. La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité depuis toujours. Elle n'avait donc pas rendu vraisemblable une modification de sa situation depuis la dernière décision.
 13. Le 13 février 2018, l'assurée a contesté ce projet de décision. Depuis l'automne 2006, son état de santé s'était sérieusement aggravé en lien avec des diverticulites à répétition. Cela n'avait rien à voir avec sa première demande de prestations en

2005. Elle n'arrivait plus à exercer son activité de vendeuse ou à effectuer ses activités ménagères.

Elle a joint à son courrier un rapport du 12 février 2018 de son médecin traitant, le docteur K_____. Ce dernier retenait les antécédents pathologiques de typhlite en octobre 2016, de diverticulite de l'angle gauche en février 2017, de diverticulite du Cæcum en mai 2017, de syndrome de l'intestin irritable, de fibromyalgie, de curetage en 2003 pour accouchement avec rétention placentaire, de laparoscopie en 2005 pour persistance de douleur abdominale, de scoliose à convexité gauche, de kystes des deux ovaires, d'opération des varices aux membres inférieurs en 1987, 1990 et 1994, de syndrome de la pince mésentérique avec congestion veineuse de l'ovaire gauche et du rein gauche et d'état dépressivo-anxieux sous suivi psychiatrique par anxiolytiques. L'assurée se plaignait depuis plus de quatre ans de douleurs abdominales associées à une augmentation de la fatigue et une perte pondérale d'environ 10 kg. Après trois épisodes de diverticulite aiguë ces trois dernières années, la douleur persistait tous les jours avec une altération du rythme dépositionnel qui était irrégulier avec des alternances diarrhée/constipation associée à des nausées et des vomissements. Le syndrome dépressivo-anxieux la limitait dans sa vie quotidienne. Pour ces raisons, l'incapacité de travail était de 100% pour une durée indéterminée.

14. Dans un avis du 7 mai 2018, le Dr J_____ du SMR a relevé que l'assurée était connue pour un syndrome de l'intestin irritable et une fibromyalgie. Elle avait présenté une typhlite en octobre 2016, une diverticulite de l'angle gauche en février 2017 et du Cæcum en mai 2017. Il a encore rappelé les plaintes rapportées par le Dr K_____. Compte tenu des éléments figurant au dossier, il avait de « la peine à imaginer une cause d'incapacité durable pour justifier l'arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée ».
15. Par décision du 9 mars 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 8 novembre 2017. Le droit aux prestations de l'assurée avait déjà fait l'objet d'une décision de refus de prestations le 6 décembre 2006, désormais entrée en force. Selon le SMR, l'atteinte n'était pas invalidante. Sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours. Avec sa nouvelle demande, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable la modification de sa situation depuis la dernière décision. L'état de fait étant demeuré identique, il n'y avait pas lieu d'examiner le droit aux prestations. Le SMR avait examiné les documents produits dans le cadre de la contestation du projet de décision et estimait qu'ils ne permettraient pas de modifier l'appréciation de la situation.
16. Par acte du 24 avril 2018, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation, à la constatation qu'elle avait rendu plausible un changement important des circonstances propres à influencer son degré d'invalidité et son droit à la rente et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction du dossier et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens.

À l'époque de la décision de refus de prestations, les diagnostics de personnalité histrionique et de rachialgies chroniques avaient été posés et considérés comme n'ayant aucun effet sur la capacité de travail. Actuellement, les diagnostics retenus étaient les suivants : diverticulite, syndrome de l'intestin irritable, fibromyalgie, scoliose et état dépressivo-anxieux. Le Dr K_____ précisait qu'elle souffrait de douleurs abdominales associées à une augmentation de la fatigue et une perte pondérale de 10 kg. Après trois épisodes de diverticulite aigüe ces trois dernières années, la douleur persistait tous les jours avec une altération du rythme dépositionnel qui était irrégulier avec des alternances diarrhée/constipation associée à des nausées et vomissements. Le syndrome dépressivo-anxieux la limitait dans sa vie quotidienne. Pour ces motifs, le Dr K_____ concluait à une incapacité totale de travail.

La recourante a rappelé avoir dû arrêter son activité de vendeuse en boulangerie et qu'elle n'arrivait plus à effectuer des tâches ménagères en raison des douleurs abdominales (crampes), des problèmes digestifs et de la fatigue qui en résultait.

Sa situation actuelle n'était donc à l'évidence plus la même qu'en 2006. Son état de santé et ses conséquences sur sa capacité de gain avaient subi des changements importants. Ainsi, elle avait établi de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Sur ce point, l'avis du SMR du 7 mai 2018 n'apportait aucun élément permettant d'exclure une aggravation de son état de santé.

17. Dans sa réponse du 15 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise.

Compte tenu du dernier avis du SMR, les nouvelles pièces médicales ne rendaient pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la décision de refus de prestations du 6 décembre 2006. Il était donc légitimé à refuser d'entrer en matière.

18. Dans ses observations du 6 juin 2018, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions et son argumentation. Pour le surplus, elle a précisé que le fait que le SMR peine à imaginer une cause d'incapacité de travail durable n'était pas pertinent, puisque la procédure pendante visait uniquement à déterminer si une aggravation de l'état de santé était rendue plausible. Compte tenu des diagnostics posés à l'époque de la première décision et ceux posés aujourd'hui, ladite aggravation ne faisait aucun doute. Le rapport du 12 février 2018 du Dr K_____ contenait toutes les informations nécessaires pour répondre à cette question.

19. À la suite de 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 1^{er} 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. 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis le 6 décembre 2006 au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.
5. À titre liminaire, il convient de déterminer si la décision entreprise constitue une décision de non-entrée en matière ou s'il s'agit au contraire d'une décision rejetant sur le fond la demande de prestations, malgré la terminologie employée par l'intimé.
6. a) 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al.2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

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 qui a précédemment rendu une décision entrée en force, 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, ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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. 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. 3 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).

b) La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le TFA n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples (« einfache Abklärungshandlungen », arrêt du Tribunal administratif fédéral I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (arrêt du Tribunal administratif fédéral du I 41/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

L'élément déterminant ne réside pas tant dans la mise en œuvre ou non par l'administration de mesures d'instruction (simples), ni même dans le fait que l'OAI ait recueilli directement les avis en cause ou ait demandé à l'administré de produire les pièces idoines. Il faut bien plus se référer à l'intensité de l'examen auquel il est procédé, respectivement à la nature des observations retenues sur la base des éléments figurant au dossier ou recueillis dans le cas de l'instruction – limitée – à laquelle l'OAI a procédé (arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

À cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater *prima facie* l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics – son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus (ATAS/1085/2013 du 6 novembre 2013 consid. 6b ; arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

Finalement, il faut garder à l'esprit que la procédure sommaire prévue par l'art. 87 al. 3 RAI ne doit pas être vidée de son sens. Le règlement instaure un système dans lequel une demande de révision présentée par l'assuré peut être écartée après un examen sommaire, ce qui ne signifie pas que la moindre analyse ou mesure d'instruction à laquelle aurait procédé l'administration revienne automatiquement à une entrée en matière implicite. En revanche, cette procédure simplifiée ne doit pas non plus être comprise par l'administration comme l'autorisant à écarter d'emblée et hâtivement toutes les demandes de révision présentées par les assurés au motif que la modification des circonstances n'a pas été rendue plausible. S'il n'est pas possible de tracer abstraitement une limite précise entre les deux situations, il convient d'examiner au cas par cas si l'examen – par l'OAI lui-même ou par les spécialistes interpellés dans le cadre des mesures d'instruction admissibles – de la plausibilité reste sommaire ou si, au contraire, il s'étend à des considérations plus fouillées en relation avec la modification des circonstances ou des effets de celle-ci sur la capacité de travail ou de gain (ATAS/1085/2013 du 6 novembre 2013 consid. 6b ; arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond. Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 2).

7. En l'occurrence, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 8 novembre 2017, invoquant des problèmes de dos, des douleurs au ventre avec une aggravation suite à son accouchement en mars 2003 et une dépression. Par la suite, elle a communiqué à l'intimé plusieurs documents médicaux faisant état de plusieurs crises de diverticulite, ainsi qu'un rapport du 12 février 2018 établi par le Dr K_____. Ce dernier a rappelé les antécédents de la recourante, dont les diverticulites, et relaté ses plaintes.

Pour sa part, l'intimé a requis l'avis du SMR à deux reprises, soit avant et après la production du rapport Dr K_____. Dans ses avis des 19 janvier et 7 mai 2018, le SMR a d'abord relevé que le diagnostic de diverticulite sans complication n'était pas une atteinte invalidante, puis qu'avec les éléments versés au dossier, il avait de « la peine à imaginer une cause d'incapacité durable pour justifier l'arrêt de travail à 100% pour une durée indéterminée ». Tant dans son projet de décision du 22 janvier 2018 que dans la décision entreprise, l'intimé a retenu que l'atteinte de la recourante n'était pas invalidante et que sa capacité de travail était entière dans toute activité depuis toujours, de sorte que l'état de fait était resté identique et qu'il refusait d'entrer en matière.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que malgré la formulation erronée refusant d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante, la décision du 9 mars 2018 est en réalité une décision au fond de rejet de la demande. En effet, le SMR et l'intimé se sont prononcés sur l'absence de conséquence des diverticulites sur la capacité de travail et de gain de la recourante, ce qui excède l'examen de la simple plausibilité de l'aggravation de l'état de santé, seul pertinent pour déterminer s'il convient ou non d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante. C'est d'ailleurs à bon droit que le SMR s'est penché sur le fond du cas, les diverticulites constituant un nouveau diagnostic par rapport à la situation qui prévalait en 2006.

Par conséquent, la décision entreprise doit être examinée comme s'il s'agissait d'une décision matérielle de refus.

8. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un

accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

9. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, 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. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur

des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus

probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

12. En l'espèce, la recourante soutient que sa capacité de travail est nulle, se basant sur le rapport du 12 février 2018 du Dr K_____.

Quant à l'intimé, il considère que la capacité de travail de l'intéressée a toujours été entière dans toute activité de sorte qu'elle n'a droit à aucune prestation. Pour parvenir à cette conclusion, il se fonde sur les avis du SMR des 19 janvier et 9 mars 2018.

En ce qui concerne le rapport du Dr K_____, il contient une liste des antécédents médicaux de la recourante, ses plaintes et des conclusions relatives à l'incapacité de travail de l'intéressée. Outre le fait que ce rapport a été établi postérieurement au projet de décision, ce dont il faut tenir compte, force est de constater que le Dr K_____ ne pose pas de diagnostics clairs ni ne précise en quoi ils influenceraient la capacité de travail de la recourante. La motivation de l'incapacité de travail retenue est brève et repose exclusivement sur une base subjective, soit les plaintes de la recourante. Aucun lien n'est fait avec les antécédents de typhlite et de diverticulites à l'origine des arrêts de travail de l'intéressée durant le premier semestre 2017 et qui constituent des atteintes nouvelles par rapport à 2006. Dès lors, force est de constater que ce rapport ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante.

Quant aux avis du SMR, bien que brefs, ils sont cohérents avec les autres éléments médicaux figurant au dossier. Par rapport à 2006, la recourante a présenté de nouvelles atteintes à la santé, soit une typhlite en octobre 2016 et trois épisodes de diverticulites en 2017. Compte tenu des différents documents établis par les HUG en lien avec les hospitalisations de la recourante en 2016 et 2017, il apparaît que la typhlite et les diverticulites n'ont pas engendré d'arrêts de travail prolongés susceptibles d'altérer de manière durable la capacité de travail de la recourante, quelle que soit l'activité déployée.

Par conséquent, par rapport à 2006, l'état de santé de la recourante ne s'est pas modifié de manière à influencer son droit aux prestations. Ainsi, c'est à bon droit que l'intimé n'a pas donné suite à la nouvelle demande de prestations, même s'il a mal intitulé la décision entreprise.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 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

Isabelle CASTILLO

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