

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1420/2016

ATAS/547/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 juin 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERSOIX, représentée par la doctoresse B_____

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Rosa GAMBA et Christian PRALONG, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), alias C_____, née le _____ 1965, a travaillé jusqu'en août 2009 en qualité d'ouvrière en horlogerie.
2. Le 12 avril 2010, elle a déposé une demande auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), mentionnant souffrir de dépression depuis 2009.
3. Mandaté par l'assureur-maladie de l'assurée, le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a rendu un rapport d'expertise le 25 mars 2010. Il a posé les diagnostics d'état dépressif majeur récurrent, actuellement de gravité moyenne à sévère, de trouble panique avec une agoraphobie, actuellement de gravité légère à moyenne, présent depuis l'adolescence ou l'enfance, ainsi que d'une personnalité dépendante. En outre, il a relevé que les plaintes somatiques pouvaient rentrer dans le cadre d'un trouble somatoforme indifférencié, lequel ne pourrait être posé qu'une fois les symptômes anxio-dépressifs guéris. Il a conclu à une incapacité totale de travail.
4. Sur demande de l'OAI, le Dr D_____ a procédé à une nouvelle expertise de l'assurée. Dans son rapport du 21 juillet 2011, cosigné par Madame F_____, psychologue FSP, le psychiatre n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Il a en revanche signalé, à titre de diagnostics sans effet sur ladite capacité, un état dépressif majeur récurrent, de gravité légère, un trouble panique avec une agoraphobie sub-clinique, une probable évolution vers un trouble somatoforme indifférencié, une non ou très mauvaise observance du traitement (Eflexor) et une personnalité avec des traits d'immatunité, dépendante sub-décompensée. L'expert a notamment relevé que l'assurée présentait un tableau clinique qui associait des symptômes psychiques relativement légers, mais exprimés sur un mode dramatique, avec des plaintes somatiques consistant en des malaises diffus, de la fatigue, des douleurs ubiquitaires mal systématisables. Malgré les plaintes, il avait constaté une prise somme toute très modérée d'antalgiques. La comorbidité psychiatrique, autrement dit l'état dépressif de gravité légère et le trouble anxieux, n'était plus gravement incapacitant. L'assurée assumait toutes les tâches ménagères et elle devrait être capable d'exercer une activité simple d'ouvrière ou de nettoyeuse. Elle était bien entourée par ses enfants, son époux, ainsi que par quelques amis. Il a conclu que la capacité de travail avait été nulle à partir du 24 août 2009 et était entre 80% et 100% depuis le 1^{er} mai 2011, dans toute activité adaptée à ses compétences et à sa motivation.
5. Par avis du 18 août 2011, le docteur G_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a retenu, sur la base de l'expertise du Dr D_____, que la capacité de travail s'élevait à 90% dès le 1^e mai 2011.
6. En date du 22 septembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de son intention de lui accorder une rente entière du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011.

7. Par rapport du 18 octobre 2011, le docteur E_____, pédiatre FMH, a attesté que l'assurée le consultait depuis une dizaine d'années pour une fibromyalgie et que les crises étaient fréquentes et douloureuses, en augmentation par l'état ménopausique. En outre, elle présentait une périarthrite de hanche à droite avec des douleurs et une faiblesse de la jambe. L'assurée était suivie par un psychiatre et souffrait de troubles paniques depuis l'enfance, de troubles dépressifs récurrents et d'un syndrome somatoforme douloureux.
8. Dans un rapport du 25 octobre 2011, le docteur H_____, psychiatre, a constaté que les douleurs de l'assurée, lesquelles étaient la cause première de son incapacité de travail, avaient été complètement minimisées, voire ignorées, dans le rapport d'expertise du Dr D_____. Elles n'étaient en effet ni mentionnées dans les diagnostics, ni dans la liste des facteurs responsables de l'incapacité de travail. Les douleurs chroniques provoquaient une dépression chronique particulière qui ne figurait pas dans l'ICD (pour : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, soit en français : la classification internationale des maladies [CIM]), mais sous l'épisode dépressif léger ou moyen de cette classification, description qui ne correspondait pas à la réalité clinique de la dépression en question. La dépression des douleurs chroniques était moins bruyante, mais plus profonde que les dépressions de l'ICD. Il n'y avait en général pas de grosse tristesse, pas de culpabilité, mais une très forte atteinte de l'estime de soi, un manque d'énergie, une fatigabilité anormale et un manque de motivation pour faire quoi que ce soit. Les douleurs rendaient toutes les activités pénibles. Contrairement à ce qui avait été retenu dans l'expertise, il n'y avait pas eu d'amélioration de l'état de santé de l'assurée au mois de mai 2011. Selon lui, l'état était stationnaire, mais d'après les tests psychométriques, il y avait une aggravation. Que l'expert interprète la péjoration de l'état de santé selon les tests comme une dramatisation ou une amplification de la part de l'assurée, était tout simplement inacceptable. L'affirmation que la patiente dramatisait était biaisée, ne correspondait à aucune donnée clinique et n'avait rien de scientifique. Il a conclu que l'incapacité de travail de l'assurée était totale depuis 2011.
9. Par avis du 20 février 2012, le docteur I_____ et la doctoresse J_____, médecins auprès du SMR, ont considéré que les éléments apportés par le Dr H_____ ne permettaient pas de modifier la position du SMR.
10. Par décision du 24 juillet 2012, l'OAI a confirmé son projet du 22 septembre 2011 et accordé à l'assurée une rente entière du 1^{er} octobre 2010 au 30 avril 2011.
11. Saisie d'un recours de l'assurée, la chambre des assurances sociales a procédé à des enquêtes. Dans ce cadre, elle a entendu le Dr H_____ le 2 juillet 2013, lequel a déclaré que l'assurée l'avait consulté en 2009 parce qu'elle souffrait de douleurs et de dépression, d'intensité moyenne, manquait de motivation et rencontrait des problèmes de couple. Elle avait des difficultés à faire les choses et ressentait beaucoup de honte à montrer qu'elle souffrait. Le diagnostic de fibromyalgie ayant déjà été posé, il n'avait pas cherché à examiner les points douloureux de cette

atteinte et avait retenu que les douleurs étaient sans substrat anatomique. Il savait que le Dr D_____ n'avait pas retenu de fibromyalgie, mais persistait dans ce diagnostic, étant rappelé que ce dernier était contesté dans le monde médical. À son avis, les douleurs étaient restées stationnaires et l'état dépressif s'était plutôt aggravé, en ce sens que l'assurée avait progressivement perdu l'espoir de guérir, ce qui avait provoqué un certain isolement social et la perte de contacts sociaux. Il n'avait pas compris pourquoi le Dr D_____ avait retenu une amélioration de l'état dépressif entre mars 2010 et juillet 2011, et il ne partageait pas cet avis. Selon lui, le Dr D_____ n'avait pas donné suffisamment d'importance aux douleurs. Il avait retenu que l'état dépressif était d'une gravité moyenne en se fondant sur les critères de la classification internationale, mais il pensait en réalité que l'état dépressif était grave depuis le début, soit depuis 2009, et qu'il l'était resté. L'assurée lui avait expliqué qu'elle refusait systématiquement les invitations de ses amis, qu'elle ne sortait pratiquement plus de chez elle et ne voyait plus personne. Elle n'avait pas de famille à Genève hormis ses enfants. Il lui prescrivait des antidépresseurs, du Cymbalta, afin surtout de prévenir une aggravation. Il ne pouvait pas dire si l'assurée prenait bien les médicaments, mais il avait constaté qu'elle avait quelque peine à investir la valeur de ce traitement, ce qui faisait du reste partie de la dépression. Enfin, il ne partageait pas l'avis du Dr D_____ qui avait fait état de dramatisation, d'exagération, précisant que l'assurée tentait au contraire de cacher ses douleurs.

12. Entendue également le 2 juillet 2013, l'assurée a déclaré avoir changé de psychiatre et consulter désormais le docteur K_____, à raison d'une fois par semaine, lequel lui prescrivait le même antidépresseur. Elle a précisé que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé par une neurologue avant qu'elle ne consulte le Dr H_____. Elle n'avait pas pris le médicament prescrit par le Dr D_____ parce qu'il ne lui convenait pas, ajoutant qu'elle préférait la naturopathie. Par la suite seulement le Dr H_____ lui avait prescrit le Cymbalta, qu'elle prenait régulièrement. Elle a déclaré ne plus voir ses amis, se lever vers 11h00-12h00, rester allongée sur le canapé, regarder parfois la télévision. Elle vivait avec son fils âgé de 25 ans, lequel venait de terminer son diplôme. Il préparait régulièrement les repas et s'occupait des courses. Sa fille venait de temps en temps et une amie lui rendait également parfois visite et s'occupait du ménage. Il lui était très difficile de sortir et elle ne le faisait que pour aller chez le médecin ou l'assistante sociale. Elle présentait des douleurs permanentes, partout, qui pouvaient l'empêcher de dormir.
13. Interrogé par la chambre de céans, le Dr K_____ lui a transmis un rapport le 31 octobre 2013, aux termes duquel il avait diagnostiqué une dépression majeure récurrente, épisode actuel moyen à sévère, un trouble anxieux de type attaques de panique avec une agoraphobie, ainsi qu'un trouble somatoforme douloureux chronique. Il avait rencontré l'assurée à onze reprises entre le 18 juin et le 21 octobre 2013. Ils n'avaient pas pu établir un rythme régulier en raison de l'exacerbation des symptômes douloureux et/ou psychiques. Selon lui, l'assurée

souffrait d'un syndrome dépressif évoluant probablement depuis plusieurs années. Il s'agissait d'épisodes récurrents, suivis d'améliorations puis de rechutes, liés à des événements pénibles de la vie et à des facteurs de stress dont la gestion était très problématique. Une première dépression était survenue à l'âge de 19 ans, suite à la mort subite de son nourrisson. Une deuxième dépression était intervenue à l'âge de 23 ans dans le cadre d'un grave conflit conjugal, puis une troisième dépression était signalée il y a une dizaine d'années lors du premier divorce. Quelque temps plus tard, l'assurée avait consulté un spécialiste. Pour l'épisode dépressif actuel, les facteurs de stress résultaient de la procédure de divorce en cours depuis huit mois, du départ de la fille cadette de 22 ans chez son père et sa nouvelle compagne, du départ de son fils de 25 ans qui s'était installé avec son amie en septembre 2013, de l'incapacité de travail, de l'absence de ressources financières, de la procédure l'opposant à l'OAI, de la solitude et des douleurs chroniques invalidantes. Actuellement, l'assurée était triste, souvent avec des crises de pleurs, fatiguée, restait la plupart du temps au lit, se nourrissait de manière désordonnée, se culpabilisait de façon excessive avec une énorme tension corporelle et psychique, son rythme veille-sommeil était inversé. Elle ne sortait pratiquement pas de son appartement et avait peur des gens, ne prenait pas les transports publics et présentait des difficultés à se concentrer et à garder l'attention sur autre chose que la télévision. Elle ne répondait que rarement au téléphone. Les crises douloureuses pouvaient durer plusieurs heures ou même deux jours, et atteindre 8-10 sur une échelle de 1 à 10, l'obligeant parfois à s'aliter. Elles touchaient les points classiques du trouble somatoforme douloureux chronique, soit la nuque, les épaules, la colonne vertébrale, les genoux et surtout chez l'assurée le membre inférieur gauche et la hanche gauche. L'assurée avait consulté de nombreux médecins, sans amélioration. Le traitement médicamenteux prescrit consistait en un antidépresseur, soit du Cymbalta, et l'assurée prenait spontanément, à sa connaissance, des antidouleurs. Le Dr K_____ préconisait un traitement psychothérapeutique d'orientation cognitivo-comportementale à raison d'une ou deux séances par semaine, avec la prise de médicaments antidépresseurs et anxiolytiques. L'amélioration du syndrome dépressif, la mobilisation physique et psychique, ainsi que l'entraînement dans certaines techniques cognitives pourraient aider l'assurée à mieux faire face aux douleurs.

14. Le 11 novembre 2013, le Dr K_____ a complété les diagnostics précédemment retenus en ajoutant celui de trouble obsessionnel compulsif (ci-après : TOC), lequel avait commencé, tout comme le trouble panique, vers l'âge de 20 ans. Les idées obsédantes étaient principalement liées à la peur d'être responsable d'un malheur qui puisse arriver aux autres, surtout à ses enfants, et des idées de contamination. L'assurée présentait des compulsions de lavage et nettoyage, de vérifications, d'ordre et de rangement. À titre d'exemple, elle pouvait se laver les mains jusqu'à cinquante fois par jour. Le TOC était à l'origine de beaucoup de difficultés relationnelles, de lenteur et de souffrance subjective. Le trouble panique, avec une agoraphobie, était également un des facteurs psychiques de gravité. Les

manifestations d'anxiété physique (palpitations, transpirations, « nœuds » à la gorge et à l'abdomen, oppression thoracique, difficultés à respirer, jambes instables,...) et psychique (impression de mort imminente, de perdre la tête....) l'avaient fortement handicapée.

15. Dans un nouvel avis du 18 novembre 2013, la Dresse J_____ a estimé que le Dr H_____ défendait un point de vue différent de celui de l'expert et que le Dr K_____ apportait des éléments nouveaux intervenant depuis le début de sa prise en charge et qui devraient faire l'objet d'une instruction médicale supplémentaire.
16. Par arrêt du 22 avril 2014, la chambre de céans a partiellement admis le recours, en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité ne pouvait intervenir qu'à compter du 1^{er} août 2011 (ATAS/528/2014). Elle a considéré qu'une expertise rhumatologique ne se justifiait pas puisque rien au dossier ne laissait penser que l'assurée souffrait d'une atteinte somatique. Les Drs H_____, K_____ et D_____ avaient retenu une dépression majeure récurrente, avec un degré de gravité différent, moyen pour le premier, moyen à sévère pour le deuxième et léger pour le dernier. Les conclusions du Dr H_____ ne permettaient pas de considérer, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que les atteintes à la santé dont souffrait l'assurée étaient de nature à engendrer une incapacité de travail entière au-delà du 1^{er} mai 2011. La question de savoir si le diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux était fondé ou non pouvait demeurer ouverte, dans la mesure où les critères développés par la jurisprudence pour retenir une invalidité n'étaient pas réalisés. Enfin, le diagnostic de trouble obsessionnel compulsif posé par le Dr K_____ avait déjà été évoqué par le Dr D_____. Bien que ce trouble avait débuté vers l'âge de 20 ans, il n'avait pas empêché l'assurée d'exercer une activité lucrative jusqu'en 2009, ce qui signifiait qu'il n'était vraisemblablement pas aussi important. La description du comportement actuel de l'assurée dû à ce trouble témoignait d'une aggravation importante par rapport à ce qui avait été relevé par le Dr D_____. De même, le trouble panique avec une agoraphobie s'était apparemment aggravé. L'état de santé de l'assurée s'était ainsi vraisemblablement modifié. Toutefois, le Dr K_____ était le psychiatre traitant de l'assurée depuis le mois de juin 2013, soit postérieurement à la date à laquelle la décision litigieuse avait été rendue. Il faisait donc état d'éléments nouveaux et l'aggravation de l'état de santé alléguée ne pourrait être examinée que dans le cadre d'une nouvelle instruction et devrait faire l'objet d'une nouvelle décision. Les conclusions du Dr D_____, qui avaient au demeurant valeur probante, restaient ainsi applicables en l'état, aucun élément ne permettant de les remettre en cause. Partant, la capacité de travail était comprise entre 80% et 100% dès le 1^{er} mai 2011, dans toute activité. C'était donc à juste titre que l'OAI avait limité dans le temps le droit de l'assurée à la rente entière. Cependant, la suppression de la rente d'invalidité ne pouvait intervenir qu'à compter du 1^{er} août 2011, soit trois mois après l'amélioration.

17. Par courrier daté du 20 septembre 2015 et reçu par l'OAI le 25 novembre 2015, l'assurée a demandé la réouverture de son dossier, sollicitant qu'il lui soit envoyé, et qu'un formulaire soit adressé à la doctoresse B_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.
18. En date du 27 novembre 2015, l'OAI a répondu à l'assurée qu'elle devait rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision définitive, notamment à l'appui de documents médicaux. Il lui a imparti un délai de 30 jours pour ce faire, à défaut de quoi il n'entrerait pas en matière sur sa nouvelle demande.
19. Sans nouvelles de l'assurée, l'OAI lui a adressé, en date du 8 février 2016, un projet de décision de refus d'entrer en matière, rappelant qu'un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la dernière décision et était désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Or, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
20. Par décision du 4 avril 2016, l'OAI a repris les termes de son projet de décision précité et refusé d'entrer en matière sur la demande du 25 novembre 2015.
21. Par acte du 3 mai 2016, l'assurée, représentée par la Dresse B_____, a interjeté recours contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales. Elle a exposé que son père était décédé alors qu'elle était âgée de trois ans, qu'elle avait vécu l'enfer, battue jusqu'aux fractures par sa mère, ses frères et sœurs, qui la haïssaient. Elle avait fait des crises de panique, avait honte et aucune confiance en elle. Elle était venue à Genève avec son premier mari, un homme violent qui avait des dettes. Mariée sous la communauté de biens, elle avait fait l'objet de saisies sur salaire et d'actes de défaut de biens, ce qui avait aggravé son sentiment de honte et sa dépression. Elle avait ensuite épousé un autre homme, également violent, et avait perdu un enfant. Elle avait divorcé quatre ans auparavant, ce qui avait encore aggravé sa dépression. Après plus d'une année de consultations hebdomadaires, la Dresse B_____ retenait le diagnostic de trouble dysthymique (F34.1) précoce depuis l'enfance, avec une apogée suite au second divorce. La recourante présentait alors un trouble dépressif majeur, avait honte et ne voyait que les personnes qu'elle devait voir. Elle n'avait aucune confiance en elle, avait peur de tout le monde et souffrait de phobie sociale. Elle s'enfermait chez elle, souvent dans le noir, avait perdu tout espoir et ne ressentait aucun plaisir. Elle ne s'était pas suicidée pour ne pas faire mal à ses enfants. Le diagnostic de fibromyalgie avait été retenu, un peu trop rapidement, et avait occulté toute autre recherche. Une spondylarthrite ankylosante avait été suspectée, puis d'autres examens avaient été réalisés, par ponction du genou, et un traitement d'essai avait été mis en place.
22. Dans sa réponse du 10 juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il a relevé que la recourante n'avait apporté aucun élément médical depuis le mois de septembre 2015, de sorte que sa décision de refus d'entrer en matière était totalement justifiée.

23. La recourante a communiqué à la chambre de céans un rapport établi le 7 juin 2016 par le docteur L_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, lequel a indiqué avoir examiné la recourante en 2013 et 2014. Se posait alors la question d'une spondylarthrite sous-jacente dissimulée par l'important syndrome douloureux. Le bilan de maladies auto-immunes s'était révélé négatif, tout comme la recherche de HLA-B27 et la Borréliose. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) réalisée en janvier 2016 avait révélé de petites hyper intensités des coins vertébraux à plusieurs niveaux ainsi qu'une mini hyper intensité de l'articulation sacro-iliaque droite. À l'issue de sa consultation du 28 janvier 2016, une spondylarthrite avait été suspectée, ce qui avait motivé un deuxième avis auprès du professeur M_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie auprès des Hôpitaux universitaires du canton de Genève (ci-après : HUG). Lors de son examen du 7 juin 2016, le Dr L_____ avait constaté une petite lame d'épanchement dans le genou droit, ainsi que des douleurs en flexion des deux poignets et des signes de synovites des métacarpo-phalangiennes 2 et 3 des deux côtés avec un test de préhension douloureux. Tout comme le Prof. M_____, il préconisait un essai thérapeutique avec un traitement biologique anti-TNF alpha. Partant, le diagnostic était celui d'une probable spondylarthrite axiale avec une atteinte de quelques métacarpo-phalangiennes aux mains associées à d'importantes lombalgies dans le cadre d'une fibromyalgie. Ces éléments limitaient fortement la capacité de travail, laquelle était actuellement nulle.
24. Par écriture du 28 juillet 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions, invoquant que la production de nouveaux certificats médicaux n'avaient pas lieu d'être et que la seule question litigieuse était celle de savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. L'avis du Dr L_____ ne devait donc pas être pris en considération dans le cadre du présent litige.
25. En date du 4 août 2016, la psychiatre de la recourante a relevé que sa patiente était de plus en plus handicapée. Elle sollicitait un délai supplémentaire pour se prononcer, soulignant notamment qu'elle n'avait pas encore pu obtenir de rapport de la part du Dr L_____.
26. Par courrier du 2 décembre 2016, la Dresse B_____ a indiqué à la chambre des assurances sociales que les diagnostics concernant la recourante étaient ceux de spondylarthrite ankylosante, forme fruste, de fibromyalgie, de dépression profonde et de longue durée, avec des périodes suicidaires. La pose de ces diagnostics avait été extrêmement longue en raison de la difficulté à obtenir des rapports écrits de la part des rhumatologues. Le traitement des affections somatiques aurait pu commencer en septembre 2016 mais avait dû être différé en raison de très nombreux vaccins préalables. Puis, la recourante avait présenté une pneumonie et enfin une infection urinaire. Le traitement d'Humira (anti-TNFX), lequel consistait en une série d'injections sous-cutanées, avait été accepté par l'assureur-maladie au mois de septembre 2016.

Elle a notamment joint à sa missive les documents suivants :

- un rapport du 24 août 2016 du Dr L_____, en grande partie illisible;
 - un rapport du 29 avril 2016 du Prof. M_____, rendu à l'issue de ses consultations des 17 mars et 18 avril 2016 et de tests de laboratoire; ce médecin a fait état d'arthromyalgies très diffuses avec un syndrome sec subjectif; s'agissant des diagnostics, la spondylarthrite ankylosante était probable, le syndrome de Sjögren peu probable, le syndrome douloureux chronique non inflammatoire de type fibromyalgie possible dans le cadre du syndrome anxio-dépressif; des investigations complémentaires étaient suggérées.
27. Sur demande de la chambre des assurances sociales, le Dr L_____ lui a fait parvenir une copie de son rapport adressé à l'assureur-maladie le 24 août 2016, afin de solliciter la prise en charge du traitement. Il en ressort que l'assurée souffrait d'un rhumatisme inflammatoire du groupe des spondylarthropathies entraînant des rachialgies invalidantes, documentées dans le cadre d'une consultation spécialisée aux HUG et par des atteintes inflammatoires.
28. Par rapport du 17 mars 2017, le Dr L_____ a informé la chambre des assurances sociales que le traitement, débuté au début de l'année 2017, avait dû être suspendu en raison de nouvelles infections après deux des six injections prévues. Il faudrait attendre six à douze semaines pour mesurer ses effets. Il a ajouté que la recourante souffrait également d'un syndrome douloureux qui entraînait des difficultés dans sa vie quotidienne.
29. Par écriture du 27 mars 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions et argumentations.

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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur respectivement le 1^{er} janvier 2004, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la

procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 356 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. a. Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'occurrence, il a été interjeté par courrier expédié le 3 mai 2016 à l'encontre de la décision du 4 avril 2016, de sorte qu'il a été formé en temps utile.

b. En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'observation le recours sera écarté.

Cette règle découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi, le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. L'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 353 consid. 2b et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 du 28 janvier 2003 consid. 2.2). Les conclusions et les motifs peuvent résulter implicitement du mémoire de recours. Toutefois, il faut pouvoir déduire de ce dernier, considéré dans son ensemble, à tout le moins ce que le recourant demande et quels sont les faits sur lesquels il se fonde. La motivation du recours doit être topique, en ce sens qu'il appartient au recourant de prendre position par rapport à la décision incriminée et d'expliquer en quoi et pourquoi il s'en prend à elle. Il n'est pas nécessaire que la motivation soit pertinente, mais elle doit se rapporter au litige en question (ATF 125 V 332; 113 IB 287; arrêt du Tribunal fédéral des assurances P 68/04 du 16 février 2005).

En l'espèce, la psychiatre traitant de la recourante a exposé « Qu'il fallait bien que quelqu'un prenne ce dossier en mains » suite au refus de l'intimé d'accorder une « rente d'invalidité ». Elle a notamment indiqué les diagnostics qu'elle avait posés sur le plan psychiatrique après une année de consultations et consigné les atteintes retenues au niveau rhumatologique par les spécialistes en la matière, précisant que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé trop rapidement et avait occulté toute autre recherche. On en déduit que la recourante conteste la position de l'intimé consistant à refuser d'entrer en matière et donc d'examiner son droit à une rente d'invalidité.

Partant, le présent recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985, LPA - E 5 10).

4. L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 25 novembre 2015.
5. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} 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 aLAI, 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.

6. 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). 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 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; 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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 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).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) – 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 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).

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 plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références).

7. 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).

8. Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, 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. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5; 121 V 366 consid. 1b et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).
9. En l'occurrence, se pose donc uniquement la question de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse, soit le 4 avril 2016, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 24 juillet 2012, date de la première décision par laquelle l'intimé lui avait simultanément accordé une rente d'invalidité avec effet rétroactif et mis un terme à ladite rente.

Il ressort des pièces du dossier que la recourante n'a pas produit le moindre document à l'appui de son succinct courrier reçu par l'intimé le 25 novembre 2015, dans lequel elle s'est limitée à solliciter la réouverture de son dossier et l'envoi d'un formulaire. Elle n'a notamment pas exposé les raisons pour lesquelles elle considérait que son invalidité s'était modifiée. Le 27 novembre 2015, l'intimé a attiré son attention sur son obligation de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. À cet effet, il lui a imparti un délai suffisant pour produire des documents médicaux, précisant clairement que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. La recourante n'a pas donné suite à cette missive, de sorte que l'intimé l'a informée, en date du 8 février 2016, de son intention de refuser d'entrer en matière. Il lui a alors rappelé qu'un nouvel examen n'était possible que si elle rendait plausible une modification de l'état de fait susceptible de changer son droit aux prestations, depuis la dernière décision entrée en force. La recourante n'a pas fait usage de son droit d'être entendu, si bien que l'intimé lui a notifié sa décision formelle le 4 avril 2016.

Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, il appartenait à la recourante de rendre plausible que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une rente. Pour ce faire, elle devait transmettre à l'intimé des éléments médicaux permettant de dresser un bilan de son état de santé au jour du dépôt de sa nouvelle demande et se prononçant sur sa capacité de travail. Malgré l'invitation qui lui a été faite en ce sens et le temps qui lui a été laissé à cet effet, elle n'a produit aucun document, de sorte que l'intimé n'était pas en mesure de procéder à une appréciation des circonstances.

10. En ce qui concerne les pièces médicales produites après la décision litigieuse, elles ne sauraient être prises en compte puisque, dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond.

11. Il sera encore relevé à toutes fins utiles qu'il est sans pertinence que la chambre de céans a considéré, dans son arrêt du 22 avril 2014, que les informations contenues dans les rapports du Dr K_____ laissaient supposer une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante depuis le mois de juin 2013. En effet, ces faits n'ont pas été établis, faute d'avoir pu être examinés par la chambre de céans puisqu'ils étaient postérieurs à la décision dont il était recours. De surcroît, la jurisprudence considère que l'autorité de chose jugée ne s'attache qu'au seul dispositif de la décision ou du jugement et non à ses motifs (ATF 115 V 416 consid. 3b/aa; 113 V 159). Les constatations de fait du jugement et les considérants de celui-ci ne participent pas de la force matérielle. Ils n'ont aucun effet contraignant dans le cadre d'une procédure ultérieure (ATF 121 III 474 consid. 4a). Demeure réservée l'éventualité d'un renvoi aux motifs dans le dispositif : dans ce cas, la motivation à laquelle il est renvoyé acquiert force matérielle (ATF 113 V 159; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 857/05 du 6 décembre 2006 consid. 2.1).

12. Enfin, si le SMR semble avoir admis, dans le cadre de la précédente procédure ayant opposé la recourante à l'intimé, que les rapports du Dr K_____ contenaient des éléments nouveaux qui devraient faire l'objet d'une instruction médicale supplémentaire (cf. avis du 18 novembre 2013 de la Dresse J_____), il appartenait à la recourante de les communiquer à nouveau, à tout le moins de s'y rapporter, étant derechef rappelé que le principe inquisitoire ne s'applique pas dans le cadre d'une nouvelle demande.

En l'absence de toute allégation de la part de la recourante, l'intimé pouvait écarter la nouvelle demande sans plus ample examen.

13. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que constater que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière.

Il demeure néanmoins loisible à la recourante de saisir en tout temps l'intimé d'une nouvelle demande de prestations, accompagnée des rapports médicaux attestant de l'évolution de son état de santé psychique et somatique depuis le 24 juillet 2012.

14. Le présent recours sera donc rejeté.

La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; cf. aussi art. 89H al. 3 LPA).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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