

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1486/2024

ATAS/753/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 octobre 2024

Chambre 5

En la cause

A_____

recourante

représentée par Maître David METZGER, avocat

contre

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

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, Président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1977, a déposé une demande de prestations invalidité en date du 4 août 2020, en raison de troubles psychiques.
- b.** Dans son rapport médical du 18 août 2020, son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, a mentionné que l'assurée souffrait d'une psychose paranoïde, d'un retard mental léger (avec un QI de 55) ainsi que de troubles cognitifs. S'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, le médecin mentionnait qu'il n'y avait aucune limite. Il joignait à son rapport les résultats d'un examen neuropsychologique auprès de la psychologue et neuropsychologue FSP C_____ et qui aboutissaient aux mêmes conclusions dans son rapport du 9 juin 2020.
- c.** Avant de déposer une demande de prestation invalidité, l'assurée, avait effectué un stage auprès de l'œuvre suisse d'entraide ouvrière (ci-après : OSEO) qui avait conclu, dans son rapport d'évaluation de stage du 29 mars 2018, que cette dernière avait réalisé un « très beau stage » et qu'elle était une « personne serviable, ponctuelle et agréable au quotidien » l'ensemble des critères de savoir-être étaient notés comme « Très satisfaisant » ainsi que les capacités professionnelles, à l'exception de la qualité du travail qui était notée comme « Satisfaisante ».
- d.** Par communication du 12 février 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'après avoir examiné son droit à des mesures de réadaptation, il considérait que des mesures d'intervention précoce ainsi que des éventuelles mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées.
- e.** Par avis médical du 3 août 2021, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a résumé la situation de l'assurée et préavisé une expertise psychiatrique afin d'évaluer la sévérité de l'atteinte à la santé.
- f.** Le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a été désignée par l'OAI pour effectuer l'expertise recommandée par le SMR. Dans son rapport d'expertise, daté du 22 novembre 2021, il a relevé la présence d'un trouble grave de la personnalité de type psychotique, depuis le début de l'âge adulte, avec un contact de type psychotique bizarre et une intolérance aux relations sociales potentiellement stressantes qui pouvait provoquer des angoisses de type psychotique avec idées de persécution. Il a retenu un trouble mixte de la personnalité évitante et schizotypique, actuellement non décompensé (F61.0) qui n'était pas totalement incapacitant, compte tenu de la journée type et du travail effectué dans le passé, mais avait, selon l'expert, empêché l'assurée de se former et de s'insérer professionnellement durablement. Ce diagnostic avait des répercussions sur la capacité de travail et notamment des limitations fonctionnelles psychiatriques significatives cliniquement, dans le sens d'un

trouble grave de la personnalité, avec des relations interpersonnelles perturbées d'une façon significative, avec un contact de type psychotique et des angoisses psychotiques avec dé-réalisation lors des stress sociaux importants, un isolement social partiel mais significatif, une hypersensibilité au stress, une fragilité émotionnelle et des difficultés relationnelles importantes, avec des idées de persécution sans délire structuré, des troubles de la concentration légers, des hallucinations annuelles, des fuites d'idées ponctuelles et des capacités intellectuelles en dessous de la norme. L'évolution était considérée comme globalement stationnaire au niveau de la personnalité, sans suivi psychiatrique et sans traitement psychotrope. Les chances de réadaptation professionnelle étaient considérées comme bonnes actuellement, dans l'économie libre, à 50 %, dans une activité adaptée. L'assurée ne suivait aucun traitement et un suivi n'était pas exigible car il ne pourrait probablement pas augmenter la capacité de travail. La cohérence et la plausibilité étaient considérées comme bonnes, sans exagération des plaintes, chez une assurée authentique. L'expert considérait que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici de 50 %, sans baisse de rendement, dans un emploi simple intellectuellement et sans stress social depuis le début de l'âge adulte, soit déjà avant son arrivée sur le territoire helvétique ; elle disposait donc une capacité de travail de 50 %, sans baisse de rendement. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était également fixée à 50 %, mentionnant qu'il devait s'agir d'une activité sans hiérarchie complexe, sans stress social, sans une activité intellectuelle complexe, dans un domaine tenant compte des désirs de l'assurée. Le bilan de compétences individualisées était porteur d'espoir, avec une aide pour une réadaptation professionnelle. Le dernier emploi occupé par l'assurée était considéré comme adapté.

g. Dans une note relative au choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité, datée du 6 décembre 2021, l'assurée a été considéré comme ayant un statut actif à 100 %, avec la mention que, selon les renseignements obtenus le 13 août 2020 auprès de l'assurance-chômage, l'assurée recherchait une activité professionnelle à un taux de 100 % qu'elle aurait probablement occupé si elle n'avait pas été victime d'une atteinte à la santé.

h. Dans son rapport du 6 décembre 2021, le SMR a estimé que le rapport d'expertise était clair et étayé et qu'il pouvait suivre les conclusions de l'expert. Il a considéré que l'assurée disposait d'une capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée de 50 %, dès le début de l'âge adulte. Les limitations fonctionnelles mentionnées par l'expert dans son rapport, ont été reprises par le SMR.

i. En date du 19 avril 2022, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'une rente invalidité et de mesures professionnelles. Le statut d'assurée retenu était celui d'une personne se consacrant à temps complet à son activité professionnelle. Il ressortait de l'instruction médicale que l'assurée présentait une incapacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle et ceci dès le premier jour du

mois qui suivait son 18^e anniversaire. En application du même barème statistique pour déterminer les revenus de valide et d'invalidité le degré d'invalidité était fixé à 50 %. L'OAI ajoutait que ce taux d'invalidité donnait droit, en principe, à une demi-rente invalidité, dès le premier jour du mois qui suivait le 18^e anniversaire, soit dès le 1^{er} juillet 1995 ; toutefois, les conditions d'assurances n'étaient pas réunies car pour avoir droit à une rente ordinaire l'assurée devait, lors de la survenance de l'invalidité, compter trois années au moins de cotisations. Or, au moment de la survenance de l'invalidité en date du 1^{er} juillet 1995, l'assurée ne remplissait pas cette condition de telle sorte qu'un droit à la rente ordinaire d'invalidité ne lui était pas reconnu. Par ailleurs, une rente extraordinaire d'invalidité, qui était destinée aux personnes handicapées de naissance ou aux invalides précoces, ne rentrait pas en ligne de compte dans la situation de l'assurée.

j. L'assurée n'ayant pas réagi au projet de décision, l'OAI a rendu, en date du 13 juin 2022, une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles qui reprenait, en tous les points, les termes du projet de décision.

B. a. Par courrier du 3 janvier 2024, reçu le 18 janvier 2024, l'assurée a informé l'OAI de l'aggravation de son état de santé, indiquant qu'elle ne pouvait désormais plus travailler.

b. Par courrier du 8 janvier 2024, le centre d'action sociale E_____ de l'Hospice général a transmis à l'OAI le rapport neuropsychologique d'une évaluation datée du 24 octobre 2023, réalisée par le neuropsychologue FSP F_____. Ce dernier concluait à une efficacité intellectuelle de l'assurée discrètement hétérogène, avec un QI total de 56 ; une sévère limitation lexicale en dénomination et en évocation lexicale et des déficits dans une tâche de compréhension stricte du langage oral mais aussi en langage écrit et à l'écriture, avec une dysorthographe sévère ; des troubles visuoconstructifs, ; des troubles exécutifs sévères avec, au plan comportemental, une désorganisation de l'action, même dans des tâches simples et un ralentissement sévère ainsi que, au plan cognitif, des altérations sévères en programmation, inhibition et activation verbale et flexibilité ; un ralentissement sévère qui affectait toutes les tâches, y compris attentionnelles avec une vitesse de traitement fortement altérée et enfin un indice de mémoire de travail très inférieur à la norme et une mémoire épisodique verbale entraînant un apprentissage lent et partiel, mais un rappel différé de meilleur niveau, quoique globalement inférieur à la norme. Une tâche de reconnaissance visuelle pure avait sévèrement échoué.

Dans le courrier accompagnant le rapport neuropsychologique, l'assistante sociale de l'Hospice général exposait suivre le parcours de l'assurée depuis le mois de juin 2016 et avoir constaté que cette dernière avait été capable, à l'époque, d'occuper une activité salariée. Elle avait été en mesure de travailler durant sa période de vie en Suisse et des mesures de réinsertion avaient pu être menées durant un certain temps, tant par l'office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) que par l'Hospice général. Au travers de l'accompagnement social, il avait été

constaté que le développement de l'atteinte psychique avait fini par l'empêcher totalement de travailler, ainsi que de mener toute activité occupationnelle autre que celle de s'occuper d'elle-même, du mieux possible. L'intéressée, qui avait été connue en activité salariée, avait dû renoncer à toute activité de réinsertion, même occupationnelle, tant celle-ci était constitutive, non seulement d'échecs, mais l'expérience aggravant, de plus, son état de santé psychique. Même l'art thérapie semblait voué à un échec. Deux expériences de mesures de réinsertion, qui avaient été tentées depuis 2021, s'étaient soldées par un échec car très rapidement l'atteinte psychique de l'assurée prenait le dessus sur le bon déroulement des mesures de réinsertion. De surcroît, à de nombreuses reprises ces derniers mois, il avait été constaté qu'elle tenait des propos totalement incohérents lors de ses rendez-vous, à tel point que l'on avait parfois du mal à comprendre sa conversation. L'Hospice général en concluait que l'état psychique de l'assurée s'était dégradé, que ses atteintes psychiques s'étaient péjorées et qu'elle était, de plus, dans un état de déni complet de sa problématique santé. En conclusion, il était demandé à l'OAI d'évaluer la nouvelle demande de l'assurée avec la suggestion qu'une expertise soit menée au besoin.

c. Par courrier du 18 janvier 2024, l'OAI a accusé réception de la nouvelle demande de prestations invalidité et informé l'assurée que ladite demande ne pouvait être examinée que s'il était rendu plausible que l'invalidité s'était modifiée de façon à influencer ses droits, depuis la dernière décision

d. Par avis médical du 4 février 2024, le SMR, sous la plume du docteur G_____, a considéré que le rapport d'examen neuropsychologique du 24 octobre 2023 décrivait un tableau similaire à celui de l'examen neuropsychologique du 9 juin 2021. Selon le SMR, les conclusions des deux rapports neuropsychologiques montraient une appréciation différente d'une situation similaire, pour laquelle le médecin de famille n'avait d'ailleurs pas jugé bon d'adresser sa patiente chez un spécialiste en psychiatrie, afin d'initier le traitement évoqué par les psychologues consultés à trois années d'intervalle. La conclusion en était que la situation médicale était inchangée depuis la dernière décision.

e. En date du 8 février 2024, l'OAI a rendu un projet de décision de refus d'entrer en matière, rappelant que la précédente demande de prestations avait été rejetée par décision du 13 juin 2022 et que le SMR ne pouvait retenir une aggravation de son état de santé car les atteintes annoncées avaient déjà été prises en compte lors de la précédente décision.

f. Par courrier du 28 février 2024, l'assurée a contesté le projet de décision du 8 février 2024, rappelant que sa nouvelle demande était accompagnée du rapport neuropsychologique ainsi que d'un courrier de son assistante sociale qui, tous deux, établissaient le même constat de péjoration de son état de santé. Elle annonçait que son médecin traitant transmettrait bientôt à l'OAI son propre rapport médical et concluait que sa demande de rente soit réévaluée, sollicitant une expertise indépendante.

g. Par courrier du 4 mars 2024 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a attesté que depuis la dernière décision datée du 13 juin 2022, il s'était produit une très nette aggravation de la psychose paranoïde de l'assurée, avec des troubles de la pensée de type délirant et des incohérences multiples, surtout en cas de surcharge et de stress psychique, par exemple lors des consultations avec son assistante sociale ou avec lui-même, lors desquels il avait été ressenti sa grande méfiance vis-à-vis des intervenants, méfiance également présente lors des relations professionnelles, dans le cadre d'activités de travail. À titre d'exemple il était rapporté que l'assurée prétendait que des personnes venaient chez elle pour fouiller son appartement, toucher et manger des aliments qui se trouvaient dans son frigo, qu'elle devait par la suite jeter, ce qui l'amenait à faire régulièrement changer la serrure de sa porte d'entrée. Le neuropsychologue F_____ décrivait lui aussi une patiente fuyante, évasive et méfiante durant l'examen. Il ajoutait que, durant cette dernière période, en raison de l'état délirant de l'assurée, aucun projet n'avait pu être réalisé malgré l'assiduité de son assistante sociale. Il concluait donc que la psychose s'était aggravée sévèrement depuis 2022 et l'empêchait totalement de s'intégrer dans le monde du travail, ce qui motivait son objection au projet de décision.

h. Par avis médical du 19 mars 2024, le Dr G_____ du SMR a pris note du courrier du médecin traitant de l'assurée et a considéré qu'en raison du fait qu'il n'y avait pas eu de séjour en milieu psychiatrique, qu'il n'était pas fait mention d'une consultation psychiatrique et qu'aucun traitement psychotrope n'avait été évoqué, aucun des documents soumis par l'assurée depuis la dernière décision n'était de nature à rendre plausible une aggravation notable et durable de l'état de santé, de telle sorte que les conclusions du SMR, telles que mentionnées dans son rapport du 6 décembre 2021, restaient valable.

i. Suite à ce préavis, l'OAI a confirmé, par décision du 20 mars 2024, son refus d'entrer en matière.

- C. a.** Par acte de son mandataire, déposé au guichet en date du 3 mai 2024, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 20 mars 2024 auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans). Elle a conclu qu'il soit ordonné à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, qu'il lui soit ordonné de procéder à l'instruction des faits d'ordre médical, et notamment à une expertise psychiatrique et que l'OAI soit condamné à verser une rente d'invalidité à 50 % dès le 1^{er} février 2021 et une rente d'invalidité à 100 % dès le 1^{er} janvier 2024, sous suite de frais et dépens. Le recours était motivé par l'aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée qui était illustré par les courriers de son assistante sociale, par le rapport neuropsychologique effectué le 24 octobre 2023, ainsi que par le courrier du médecin traitant de l'assurée, daté du 4 mars 2024. Il était reproché au SMR d'avoir laconiquement conclu à une appréciation différente d'une situation

similaire, alors même que l'aggravation de l'état de santé psychique était rendue plausible.

b. Par réponse du 9 juillet 2024, l'OAI a conclu au rejet du recours, en considérant que les pièces médicales produites par la recourante dans le cadre de la demande actuelle ne modifiaient pas la capacité de travail retenue lors de la précédente décision, soit une capacité de travail de 50 % dans toute activité professionnelle dès le premier jour du mois qui suivait son 18^e anniversaire. L'OAI estimait qu'aucun élément médical objectif nouveau ne rendait plausible une péjoration significative de l'état de santé, modifiant la capacité de travail et ayant une influence sur les droits de la recourante.

c. Par réplique du 29 juillet 2024, la recourante a persisté dans l'intégralité de ses conclusions en considérant que la réponse de l'intimé n'apportait aucun élément nouveau, que l'OAI ne se prononçait pas sur les arguments soulevés par la recourante, notamment sur les éléments erronés retenus dans la première décision, ainsi que sur les éléments précis d'aggravation de l'état de santé et de l'incapacité de travail à 100 % relevée par le médecin de la recourante.

d. Sur ce, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

e. Les autres faits et documents seront mentionnés, en tant que de besoin, dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

1.2 Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était en droit de refuser l'entrée en matière sur la nouvelle demande de prestations invalidité de l'assurée, reçue le 18 janvier 2024 par l'OAI.

3. Par renvoi de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'AI, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, un éventuel droit à une rente d'invalidité – et *a fortiori* à des mesures professionnelles – naîtrait au plus tôt en 2024, dès lors que la nouvelle demande de prestations a été déposée en janvier 2024 (art. 29 al. 1 LAI à teneur duquel le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assurée a fait valoir son droit aux prestations), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur (en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022).

4.

4.1 Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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).

Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1).

4.2 Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière

générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière (ATF 117 V 198 consid. 3a ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 du 7 juillet 2023 consid. 3 ; 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 5.1). Si la modification déterminante pour le droit est rendue plausible, l'administration est tenue d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations et de l'examiner globalement en fait et en droit ; elle doit donc procéder de la même manière que dans un cas de révision selon l'art. 17 LPGa (arrêt du Tribunal fédéral 9C_552/2022 du 20 mars 2023 consid. 3.1 ; cf. à ce sujet ATF 130 V 71).

Sous l'angle temporel, la comparaison des états de fait a pour point de départ la situation telle qu'elle se présentait au moment où l'administration a rendu sa dernière décision entrée en force, reposant sur un examen matériel du droit à la prestation d'assurance (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 8C_619/2022 précité consid. 5.1).

4.3 Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (art. 43 al. 1 LPGa), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 - actuellement 2 et 3 - RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_880/2017 du 22 juin 2018 consid. 5.1). La personne assurée a en effet le fardeau de la preuve en ce qui concerne l'existence d'un changement plausible des circonstances depuis le dernier refus de prestations entré en force (arrêt du Tribunal fédéral 8C_619/2022 du 22 juin 2023 consid. 3.2 et les références). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (art. 43 al. 3 LPGa depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (art. 5 al. 3 ainsi que 9 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 - Cst. - RS 101 ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5

in fine ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_557/2023 du 22 mai 2024 consid. 3.2 ; 8C_880/2017 précité consid. 5.1 ; 8C_308/2015 du 8 octobre 2015 consid. 3.2).

L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 ; I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 396 ch. 5.1).

5.

5.1 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 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).

5.2 La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPG) et par le juge (art. 61 let. c LPG). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 145 V 90 consid. 3.2 ; 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4).

Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des

preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références ; 138 V 218 consid. 6).

6.

6.1 En l'espèce, à l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée a transmis un rapport neuropsychologique du 7 novembre 2023, une prise de position de l'Hospice général du 8 janvier 2024 ainsi qu'une appréciation de son médecin traitant du 4 mars 2024. Les pièces en question relatent une aggravation de l'état psychique de l'assurée.

L'OAI s'est fondé sur le préavis de son SMR qui a considéré qu'il ne s'agissait que de « l'appréciation différente d'une situation similaire », relevant à l'appui de cette argumentation que le médecin traitant de l'assurée « n'a d'ailleurs pas jugé bon d'adresser sa patiente chez un spécialiste en psychiatrie afin d'initier le traitement évoqué par les psychologues consultés à trois années d'intervalle ».

Concernant cette dernière critique, les traitements évoqués par les neuropsychologues sont vagues.

Dans son rapport du 9 juin 2020, la neuropsychologue C_____ évoque, à l'avant-dernier paragraphe, que l'ampleur du tableau psychiatrique parle en faveur de la nécessité d'accéder au traitement des éléments délirants et de l'angoisse de fond par la « voie de la psychopharmacologie ».

Dans son rapport du 7 novembre 2023, le neuropsychologue F_____ mentionne, au tout dernier paragraphe, « qu'un traitement médicamenteux serait à même d'atténuer les troubles de la pensée » tout en relevant que la compétence cognitive resterait malgré tout altérée par le déficit intellectuel et l'illettrisme. Le neuropsychologue conclut qu'en l'état, les troubles de la compréhension du cours de l'action de ralentissement sont tels qu'aucune activité professionnelle n'apparaît possible.

On peut difficilement parler d'un traitement précis qui aurait été prescrit à l'assurée et que le médecin traitant n'aurait pas initié.

Ce d'autant moins que, dans son rapport d'expertise du 22 novembre 2021, l'expert psychiatre D_____ s'est clairement prononcé sur l'éventuelle influence d'un traitement sur les troubles de l'assurée, p. 34, ch. 8.2, de son rapport, estimant que « Le traitement proposé est inexistant, un suivi n'est pas exigible, car il ne pourra probablement pas augmenter la capacité de travail. De la Quietapine en si besoin (sic) [probablement : en réserve] en fonction des angoisses, peuvent (sic) augmenter la qualité de vie et un traitement est exigible en cas de décompensation psychotique franche, ce qui n'est pas le cas actuellement ». Cette appréciation se retrouve en p. 38, ch. 9.3.2, lorsque l'expert doit répondre à la question de l'OAI sur les options thérapeutiques individuelles qui pourraient améliorer de façon sensible la capacité de travail et déclare que « Un suivi

psychothérapeutique centré sur la réinsertion professionnelle dans l'économie libre est porteur d'espoir. Le traitement pharmacologique n'est pas exigible en dehors d'une décompensation psychotique possible à tout moment chez une assurée fragile ».

Compte tenu de ces éléments, on peut difficilement suivre l'appréciation du médecin du SMR écartant la possibilité d'une aggravation de l'état de santé, au motif que le médecin traitant n'a pas adressé sa patiente chez un spécialiste en psychiatrie afin d'initier un traitement.

Quand bien même un traitement et un suivi psychiatrique eussent été utiles, leur absence ne permet pas de soutenir qu'il n'y a pas eu d'aggravation de l'état psychique de l'assurée.

Seule une comparaison de la situation médicale au moment de la prise de décision du 13 juin 2022 et de la situation médicale au moment de la réception de la nouvelle demande, le 18 janvier 2024, permet d'apprécier l'existence ou non d'une aggravation.

6.2 La décision du 13 juin 2022 s'est fondée, notamment, sur le rapport de l'expert D_____ qui estimait qu'il existait une capacité de travail de 50 % dans un emploi simple intellectuellement et sans stress social, tenant compte des désirs de l'assurée.

S'il est vrai que l'expert D_____ a considéré qu'il existait une capacité de travail de 50 %, il n'en reste pas moins qu'à teneur de son rapport d'expertise, les limitations fonctionnelles psychiatriques étaient déjà « significatives cliniquement », dans le sens d'un trouble grave de la personnalité, avec des relations interpersonnelles perturbées d'une façon significative, avec un contact de type psychotique et des angoisses psychotiques avec dé-réalisation lors des stress sociaux importants, un isolement social partiel mais significatif, une hypersensibilité au stress, une fragilité émotionnelle et des difficultés relationnelles importantes, avec des idées de persécution sans délire structuré, des troubles de la concentration légers, des hallucinations annuelles, des fuites d'idées ponctuelles et des capacités intellectuelles en dessous de la norme (rapport d'expertise, p. 33, ch. 7.1).

L'existence d'un éventuel trouble délirant persistant, qui avait été posé suite à un seul entretien avec un médecin psychiatre du centre ambulatoire de psychiatrie de psychothérapie intégrée (ci-après : CAPPI) de H_____, n'avait pas été retenu par l'expert. À cet égard, le rapport, daté du 25 février 2021 de la consultation du 28 mars 2019, établi par le docteur I_____, médecin adjoint responsable d'unité, faisait état d'un trouble délirant sans précision (F 22.9) sans élément en faveur d'une symptomatologie dépressive objectivée. Une proposition thérapeutique de prise en soins ambulatoire au CAPPI avait été refusée par la patiente sans qu'il ne soit mentionné un critère d'obligation de soins et aucun traitement n'avait été prescrit.

Selon l'expert D_____, il était retenu une discordance entre le diagnostic de trouble délirant persistant posé après un seul entretien par le psychiatre du CAPPI, chez une assurée qui avait un vécu de persécution, mais sans délire structuré et qui n'avait pas de changement significatif, selon l'anamnèse, depuis le début de l'âge adulte. Il considérait également qu'il existait une discordance entre une capacité de travail nulle, selon le psychiatre et le médecin traitant, et la journée type, malgré l'absence d'un traitement psychiatrique, tout en prenant en compte le fait que, malgré un état décrit comme étant stationnaire depuis le début de l'âge adulte, l'assurée avec pu travailler à temps partiel à plusieurs reprises (rapport d'expertise p. 17, ch. 3.2.14).

Or, selon les déclarations de l'assistante sociale de l'Hospice général ainsi que celles du médecin traitant, l'assurée n'est désormais plus en état de travailler, même à temps partiel et même pour des tâches occupationnelles.

La description de l'état psychique de l'assurée, telle qu'elle ressort de l'appréciation de l'Hospice général et du médecin traitant, est de nature à remettre en question le véritable déroulement d'une journée type, ce d'autant plus que le neuropsychologue F_____ a expressément retenu dans son rapport du 7 novembre 2023, p. 3, au sujet des activités quotidiennes décrites par l'assurée que « Toutes ces assertions sont invérifiables ».

De surcroît, l'état délirant qui avait été relevé par le psychiatre du CAPPI en 2019 et qui avait été relativisé par l'expert D_____ en raison de son unique occurrence, semble désormais se produire de manière plus fréquente, l'assistante sociale mentionnant qu'à de nombreuses reprises, ces derniers mois des rendez-vous avaient eu lieu, lors desquels l'assurée tenait des propos totalement incohérents, qui rendaient même la conversation incompréhensible (courrier de l'Hospice général du 8 janvier 2024, p. 2, 4^{ème} paragraphe avant la fin).

Enfin, le SMR n'a visiblement pas tenu compte de l'appréciation du médecin traitant du 4 mars 2024, car son rapport consécutif du 19 mars 2024 représente un copié/collé du précédent rapport du 4 février 2024, le médecin du SMR se contentant de citer le Dr B_____ et d'écarter son appréciation au motif qu'il n'y avait pas eu de séjour en milieu psychiatrique, qu'il n'était pas fait mention de consultation psychiatrique et qu'aucun traitement psychotrope n'était évoqué.

6.3 Il convient de rappeler qu'il n'est pas nécessaire qu'une preuve soit pleinement rapportée par l'assurée pour qu'une modification déterminante soit survenue depuis la dernière décision.

Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que des indices d'une telle modification suffisent, alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (arrêts du Tribunal fédéral 8C_29/2023 précité consid. 3 ; 9C_676/2018 du 27 novembre 2018 consid. 3.3 ; I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; Damien VALLAT,

La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 396 ch. 5.1).

Compte tenu des pièces produites par l'assurée, soit le rapport du neuropsychologue F_____, l'appréciation de l'assistante sociale de l'Hospice général qui suit l'assurée depuis plusieurs années et le médecin traitant B_____ et du contenu desdites pièces, qui font état d'indices d'une aggravation de l'état psychique de l'assurée - notamment quant à des délires qui avaient déjà été évoqués dans l'expertise du Dr D_____, mais que ce dernier avait écarté en raison du caractère isolé de l'épisode rapporté par le Dr I_____ - la chambre de céans considère que l'assurée est parvenue à rendre plausible une aggravation de son état de santé et que l'intimé doit entrer en matière sur sa nouvelle demande.

7.

7.1 Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, sur la question de l'entrée en matière, et la décision annulée. La cause est renvoyée à l'intimé pour entrer en matière sur la demande de l'assurée, instruire cette dernière, notamment par le biais d'une expertise psychiatrique indépendante et rendre une nouvelle décision.

7.2 La recourante, assistée par un mandataire professionnellement qualifié et obtenant partiellement gain de cause, a ainsi droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixera à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 ; RFPA - RS E 5 10.03).

7.3 Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé 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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 13 juin 2022.
4. Renvoie la cause à l'intimé, pour entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée et rendre une nouvelle décision au sens des considérants.
5. Octroie à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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