

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1615/2013

ATAS/1204/2013

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 décembre 2013**

**9ème Chambre**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther  
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame B \_\_\_\_\_, née en 1966, originaire du Kosovo, est arrivée en Suisse en 1992. En 1996, elle s'est mariée avec un compatriote. De leur union est né BA \_\_\_\_\_, en 1998.
2. L'assurée a travaillé comme femme de chambre chez X \_\_\_\_\_ à GENEVE du 1<sup>er</sup> juillet 2001 au 30 septembre 2003, à temps partiel d'abord, puis à plein temps.
3. En décembre 2002, alors qu'elle était occupée à nettoyer une salle de bains, l'assurée a chuté en arrière et subi un choc sur la région cervico-occipitale, avec des vertiges et une brève perte de connaissance. Après un arrêt de travail de quinze jours prescrit par la Permanence de Vermont en raison de lombalgies et de cervicalgies, l'assurée a repris son activité en janvier 2003.
4. En mars 2003, l'assurée a présenté des douleurs lombaires intenses, qui irradiaient vers le membre inférieur gauche, des cervicalgies ainsi que diverses autres plaintes. Elle a consulté la Dresse L \_\_\_\_\_, généraliste, qui a prescrit un arrêt de travail à 100 % depuis le 31 mars 2003. Une tentative de reprise de travail à 50 % a lieu dès le 14 juillet 2003, mais en raison de l'exacerbation des douleurs, un arrêt de travail à 100 % a été à nouveau prescrit le 15 août 2003.
5. L'employeur a licencié l'assurée pour le 15 octobre 2003, en raison de sa longue absence.
6. Le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a adressé le 20 novembre 2003 un rapport à HOTELA Assurances (ci-après HOTELA), assureur perte de gain maladie, dans lequel il posait les diagnostics de dorsolombalgies post-traumatiques, spondylolyse bilatérale L5 (grade I), discopathie L5-S1, état anxio-dépressif et syndrome douloureux prédominant à l'hémicorps gauche. Ce syndrome et des facteurs psychosociaux entravaient la reprise de travail. La patiente parlait mal le français et présentait une cancérophobie. Il était possible que le travail de femme de chambre soit trop pénible pour elle, en raison des troubles dégénératifs lombaires. Le Dr M \_\_\_\_\_ relevait qu'un facteur de stress important sur le lieu de travail pouvait aggraver le syndrome douloureux. Un changement de poste à l'intérieur de l'entreprise pourrait être rendu nécessaire, afin d'éviter les flexions du tronc, et de la changer d'équipe. Il concluait qu'une physiothérapie devait être maintenue, afin d'aider la patiente à la reprise de son travail, d'abord quelques heures, puis à 50 %, ajoutant que la reprise du travail complète lui semblait difficile.
7. A la demande de HOTELA, le Dr N \_\_\_\_\_, médecine interne FMH, a expertisé l'assurée. Dans son rapport du 25 février 2004, il a posé les diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant généralisé, troubles statiques et

dégénératifs mineurs du rachis lombaire, avec spondylolisthésis de grade I, état dépressif léger. L'existence de douleurs chroniques devait faire rechercher une comorbidité psychique; l'aspect de la patiente, de même que ses plaintes ou sa physionomie ne suggéraient pas une maladie psychiatrique. L'interrogatoire systématique permettait de retrouver cependant quelques symptômes dépressifs légers, qui paraissaient réactionnels à son inactivité prolongée et à la perte de son emploi. Le Dr N\_\_\_\_\_ concluait à ce que l'incapacité de travail de 100 % devait être admise depuis le 15 août 2003 jusqu'à la fin février 2004. Dès le 1<sup>er</sup> mars 2004, une reprise à 50 % redevenait exigible. L'assurée devait s'annoncer au chômage.

8. Le 30 mars 2004, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI), visant à l'octroi d'une rente.
9. Dans son rapport du 27 juin 2004 adressé à l'OCAI, la Dresse L\_\_\_\_\_ a mentionné les diagnostics de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CD-lombaire, sur discopathie sévère L5-S1 et sur probable instabilité cervico-lombaire, glissement de C4 sur C5, spondylosisthésis grade I sur L5 gauche sur lyse isthmique, lombosciatalgies aiguës gauches à répétition, fibromyalgie, tendinite du poignet gauche, suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche et état anxio-dépressif. La patiente avait été en arrêt de travail à 100 % du 30 septembre 2003 au 7 avril 2004, et une reprise de travail à 50 % était indiquée depuis le 8 mars 2004. L'état de santé était décrit comme stationnaire, la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées.
10. Le 11 janvier 2005, le Dr M\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'attention de l'OCAI. Les diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient les suivants : rachialgies cervico-dorsolombaires, syndrome douloureux de l'hémicorps gauche, discopathie L5-S1 et arthrose facettaire postérieure, secondaire à une spondylolyse bilatérale et discret spondylolisthésis de grade I de L5, labilité émotionnelle. L'incapacité de travail était de 100 % depuis juillet 2003, avec échec de la reprise partielle à 50 % le 15 août 2005. L'état de santé était décrit comme stationnaire, il pouvait être amélioré par de la physiothérapie et un traitement antidépresseur. Des mesures professionnelles étaient indiquées, de type réorientation professionnelle. Sur le plan rhumatologique, la capacité de travail pourrait être complète si l'assurée évitait les travaux lourds et les flexions répétées du tronc.
11. L'OCAI a mandaté le Prof. O\_\_\_\_\_, de l'Institut universitaire de médecine légale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), pour une expertise psychiatrique de l'assurée.
12. Dans son rapport du 14 juillet 2005, le Prof. O\_\_\_\_\_ a relevé que le status clinique somatique et psychique de l'assurée était principalement constitué de plaintes subjectives. Elle ne présentait pas de symptomatologie anxieuse franche,

pas de trouble alimentaire ou de la personnalité, ni de symptomatologie psychotique. Le diagnostic retenu était celui de syndrome douloureux somatoforme persistant. Dans son appréciation du cas, l'expert exposait que ce syndrome s'était installé depuis 2003 et qu'au fil du temps il y avait eu un isolement social progressif et une organisation de la vie de l'expertisée autour de sa maladie. Une succession d'événements avaient participé à construire chez elle la conviction d'avoir un corps fragile, telle que la tendinite, des suspicions de cancer du sein à deux reprises et une hernie inguinale opérée en novembre 2003. La capacité de travail comme femme de chambre ou femme de ménage était actuellement nulle, depuis décembre 2003. Elle n'était pas capable de s'adapter à un environnement professionnel de femme de chambre. Une réadaptation professionnelle était envisageable, dans une activité nécessitant moins d'efforts physiques, après résolution de son problème de langue. Une activité en position assise avec la possibilité de se lever de temps en temps était exigible, dans un premier temps à temps partiel. Il y avait une diminution de rendement, car elle avait perdu progressivement, en raison de sa longue inactivité, ses capacités de travail. Cette dernière ne pouvait pas être évaluée. L'expert relevait que les symptômes douloureux de l'assurée étaient essentiellement subjectifs, mais il lui semblait important de tenir compte des épines irritatives avérées au niveau lombaire. Elle avait vécu une situation de maltraitance professionnelle qui l'avait profondément déstabilisée et elle avait perdu, déjà avant son accident, le plaisir de faire son travail. Elle ne pourrait dépasser sa souffrance et investir une activité professionnelle que si cette souffrance était socialement reconnue.

13. Dans un rapport d'examen du 29 août 2005, la Dresse P\_\_\_\_\_, du SMR Suisse Romande (ci-après SMR), relevait que le Dr N\_\_\_\_\_ avait noté un status contrastant avec le lourd handicap allégué par l'assurée. Il retenait un trouble somatoforme douloureux persistant associé à des troubles mineurs et, sur le plan somatique, avait estimé que la capacité de travail exigible dans l'ancienne activité était de 50 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2004. Le SMR considérait que le cumul des critères permettant de justifier que l'assurée ne puisse plus mettre en valeur sa capacité de travail faisait défaut. En conséquence, une incapacité de travail totale comme admise par les experts psychiatres ne pouvait être retenue, dès lors que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2004. Des mesures professionnelles pouvaient être mises en place rapidement, s'il y avait lieu.
14. La réadaptation professionnelle de l'OCAI a rendu un rapport le 20 février 2006. Elle a estimé qu'il n'était pas judicieux de proposer une mesure de réadaptation, dès lors que l'assurée n'avait aucune notion élémentaire de la langue française, qu'elle ne savait pas lire, n'avait aucune formation professionnelle ni aucune expérience professionnelle exploitable pour une reconversion et que la perte économique était nulle. En effet, dans une activité adaptée, elle ne subissait aucune perte de gain, même avec un abattement de 10 % pour tenir compte des limitations fonctionnelles.
15. Par décision du 2 mars 2006, l'OCAI a rejeté la demande de l'intéressée.

En décembre 2002, l'intéressée avait été victime d'un accident du travail qui l'avait empêchée de travailler d'abord partiellement, puis totalement dès le 28 août 2003. Les atteintes à la santé, tant sur le plan somatique que psychique, avaient été précisées en cours d'instruction. Leur analyse avait permis d'aboutir à la conclusion que l'assurée ne subissait pas de perte de gain dans une activité adaptée.

Dès le 1<sup>er</sup> mars 2004, l'OAI estimait que si Mme B\_\_\_\_\_ avait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de femme de chambre, elle aurait pu exercer une activité adaptée (manuelle et demandant peu d'efforts physiques) à 100%. La perte de gain était nulle, l'intéressée pouvant toucher, avec son atteinte à la santé, un salaire supérieur à celui qu'elle percevait sans atteinte à la santé. Elle n'avait pas droit à une rente invalidité.

16. Par décision sur opposition du 22 mai 2006, l'OAI a confirmé sa position et rejeté l'opposition de Mme B\_\_\_\_\_.
17. Par arrêt du 25 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS) a rejeté le recours de Mme B\_\_\_\_\_ et confirmé la décision sur opposition de l'OAI (ATAS/969/2006 du 25 octobre 2006). Il se fondait principalement sur les rapports du Dr N\_\_\_\_\_ du 25 février 2004, de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 27 juin 2004 et du Dr M\_\_\_\_\_ du 11 janvier 2005. La cour de céans a jugé que le Prof. O\_\_\_\_\_ n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux, et que l'assurée ne remplissait pas les autres critères jurisprudentiels qui autorisaient de ne pas exiger un effort de volonté afin de surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail.
18. Le recours interjeté par l'assurée devant le Tribunal fédéral a été déclaré irrecevable par arrêt du 20 février 2007 (Arrêt du 20 février 2007 dans la cause I 1089/2006).
19. a. Le 22 octobre 2008, Mme B\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. Elle avait subi un choc à la tête en tombant contre la baignoire. L'atteinte existait depuis le 14 décembre 2002. Elle était suivie par la Dresse L\_\_\_\_\_ et le Dr U\_\_\_\_\_, de la permanence Vermont.  
b. Par courrier du 23 octobre 2008, l'OAI a accordé un délai complémentaire à l'assurée pour lui faire parvenir tous les renseignements et documents permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé dans le cadre de sa demande de révision du 22 octobre 2008.  
c. Par décision du 22 janvier 2009, l'OAI a refusé d'entrer en matière. L'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Une autre appréciation d'un état de fait demeuré inchangé n'était pas possible. Le certificat médical du 4 novembre 2008 de la Dresse L\_\_\_\_\_ reprenait de manière quasi complète les diagnostics déjà listés dans le rapport médical du 27 juin 2004. L'instruction du dossier, dès 2004, avait été faite de façon fouillée et complète, et réactualisé en mai 2006 avant qu'un refus de rente ne soit prononcé. Il n'existait aucun élément dans les diagnostics qui n'ait été

déjà exploré. Les pièces remises en annexe étaient, soit déjà connues, soit n'apportaient rien à la validation d'une quelconque incapacité de travail.

20. a. Le 23 mars 2011, Mme B\_\_\_\_\_ a déposé une nouvelle demande de prestations AI. L'atteinte à sa santé avait été causée par une maladie. Elle souffrait du dos et des nerfs. L'atteinte existait depuis 1995. Elle était en incapacité de travail depuis le 21 février 2008, à 100%. Elle était suivie par la Dresse L\_\_\_\_\_.

b. Par courrier du 1<sup>er</sup> avril 2011, l'OAI a accordé un délai complémentaire à l'assurée pour lui faire parvenir un rapport médical détaillé ou apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision. L'assurée a produit, notamment, une attestation du 18 avril 2011 de son médecin traitant, la Dresse L\_\_\_\_\_, selon laquelle la patiente souffrait :

« d'importantes rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire et sur probable instabilité Cervico-lombaire ainsi que d'importants maux de tête et d'un état anxio-dépressif. » Les diagnostics étaient les suivants :

1. Cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne Cervico-Dorso-Lombaire, sur protrusions discales L4-L5, L5-S1, sur discopathies sévères L5-S1 et sur probable instabilité cervico-lombaire ;
  - glissement de C4 sur C5
  - spondylolisthésis de L5 grade I sur lyse isthmique
  - arthrose interapophysaire postérieure
2. Lombosciatalgies aiguës gauches à répétition
3. Tendinopathie à l'épaule gauche et poignet gauche
4. Fibromyalgie
5. Suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche
6. Etat anxio-dépressif aigu avec crises de panique
7. Migraines

« Les plaintes restent les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue. L'état de santé de la patiente va en s'aggravant de jour en jour, tant sur le plan physique que psychique » ce qui ne lui permettait pas de travailler. Il était souhaitable que le médecin de l'AI revoie son cas.

Par rapport du 7 juin 2011, le SMR a considéré que les différents certificats médicaux produits par l'assurée ne contenaient aucun fait nouveau susceptible d'étayer la nouvelle demande de l'intéressée.

c. Par décision du 22 août 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière en s'appuyant sur l'avis du SMR en précisant qu'il n'y avait pas d'affection ayant de répercussion

durable sur la capacité de travail. L'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. L'état de fait était resté identique. L'OAI ne pouvait pas entrer en matière.

21. Par courrier du 5 septembre 2012, l'OAI a accusé réception d'une nouvelle demande de prestations du 3 septembre 2012 de Mme B\_\_\_\_\_. L'OAI a sollicité la production de documents.

L'assurée a transmis différentes pièces :

- a. Selon une attestation de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2012, la patiente souffrait « d'importantes rachialgies sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire et sur probable instabilité Cervico-lombaire ainsi que d'importants maux de tête et d'un état anxio-dépressif ». Les diagnostics étaient les suivants :

1. Cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire, sur protrusions discales L4-L5, L5-S1, sur discopathies sévères L5-S1 et sur probable instabilité cervico-lombaire ;
  - glissement de C4 sur C5
  - spondylolisthésis de L5 grade I sur lyse isthmique
  - arthrose interapophysaire postérieure
2. Lombosciatalgies aiguës gauches à répétition
3. Tendinopathie à l'épaule gauche et poignet gauche
4. Fibromyalgie
5. Suspicion de syndrome du tunnel carpien gauche
6. Etat anxio-dépressif aigu avec crises de panique
7. Migraines
8. Cervico-dorso-lombalgies aiguës post-traumatiques
9. Fracture de la V côte antérieure droite.

« Les plaintes restaient les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue ainsi qu'au niveau du MSG. La patiente avait été victime d'un accident de circulation au mois de juillet 2012. Depuis il y avait une péjoration de son état de santé tant sur le plan physique que psychique » qui ne lui permettait pas de travailler. Il était souhaitable que le médecin de l'AI revoie son cas.

- b. Un certificat médical de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 19 septembre 2012 attestant d'un arrêt de travail à 100 % dès le 19 septembre 2012 pour cause d'accident et d'une reprise totale à 100 % « selon évolution clinique ».

- c. Une échographie du poignet gauche du 20 avril 2012 du Dr Q\_\_\_\_\_, radiologue. L'échographie retrouvait la présence d'une tuméfaction du nerf médian dans le canal carpien sans signe de masse locale décelable au niveau intracanalalaire.
  - d. Une radiographie du rachis cervical F/P C1-C2 du 6 août 2012 du Dr R\_\_\_\_\_ dont la conclusion indiquait qu'il n'y avait pas de lésion osseuse identifiable ni de signe d'entorse ligamentaire cervicale. La qualité du document (faxé) ne permet pas d'avoir plus de détails sur la provenance de l'avis médical.
  - e. Une échographie du cou du 7 juin 2012 du Dr S\_\_\_\_\_ concluant que la glande thyroïde était de volume modérément agrandie mais de structure homogène, sans nodule ni hypo- ni hyperéchogène ; les ganglions sous-mandibulaires et sous les muscles sterno-cléido-mastoïdiens d.d.c., plus nombreux à gauche, non suspects.
  - f. Un rapport d'imagerie médicale du 29 août 2012 du Dr S\_\_\_\_\_, radiologue, du gril costal droit concluant à une discrète encoche corticale du bord inférieur et antérieur de la V côte droite mais sans effraction corticale visible. Il n'y avait pas d'image de pneumothorax, ni de lyse osseuse.
  - g. Une oesogastroduodénoscopie, effectuée le 12 novembre 2012 par le Dr T\_\_\_\_\_, gatro-entérologue, confirmait une hernie hiatale avec reflux sans œsophagite peptique diagnostiquée en janvier 2012, ainsi que l'absence de lésion gastro-duodénale.
22. Par rapport médical intermédiaire du 13 janvier 2013, La Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé s'était aggravé. La patiente présentait de migraines, des cervico-dorso-lombalgies aiguës post-traumatiques et une fracture de la 5<sup>ème</sup> côte antérieure droite. Il y avait un changement dans les diagnostics. Tous avaient une influence sur la capacité de travail. A la question « depuis quand et dans quelle mesure ? », la Dresse a répondu, depuis le 8 mars 2004 à nos jours. Sur le formulaire annexé, la généraliste a précisé que l'état de santé s'était aggravé depuis 8 mois. La patiente présentait d'importants troubles au niveau du rachis CDLombaire, souffrait de migraines ainsi que d'un état anxio-dépressif avec crises de panique. Une prise en charge psychiatrique avait été proposée à la patiente.
23. Le 14 février 2013, le SMR a relevé que l'attestation médicale de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2012 faisait état d'un accident de circulation subi par l'assurée en juillet 2012. Celui-ci était sans conséquence sur la capacité de travail, en tous les cas pas de façon durable. Le rapport du Dr T\_\_\_\_\_ du 16 janvier 2012 ne relevait pas de pathologie qui influencerait durablement sur la capacité de travail. Concernant les problèmes de rachis, les douleurs migraineuses et les problèmes psychiatriques, ils avaient été abordés de manière détaillée lors de la dernière étude du dossier. La Dresse L\_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence d'éléments confirmant une aggravation. A part des diagnostics déjà connus,

l'accident n'avait pas influencé durablement la capacité de travail. Il convenait de ne pas entrer en matière.

24. Par projet de décision du 21 février 2013, l'OAI a indiqué qu'un refus d'entrer en matière allait être signifié à l'intéressée et lui a offert la possibilité de s'exprimer.
25. Par courrier du 7 mars 2013, Mme B\_\_\_\_\_ a indiqué qu'elle avait eu un accident de travail en 2003, qu'elle avait très mal à la tête, et surtout aux jambes et au dos et qu'elle ne marchait plus beaucoup. Elle devait rester couchée toute la journée. Elle avait aussi un cancer du sein. Ses nerfs la faisaient souffrir. Elle ne travaillait plus depuis 10 ans.
26. Par décision du 17 avril 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière. La précédente demande avait été rejetée par décision du 22 août 2011. Un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié après cette date et qu'il était désormais susceptible de changer son droit aux prestations. Au vu des pièces médicales produites et de l'avis du SMR, l'intéressée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.
27. Mme B\_\_\_\_\_ a interjeté recours le 21 mai 2013 contre la décision de l'OAI du 17 avril 2013. Une prolongation du délai a été sollicitée pour pouvoir compléter le recours.

Par courrier du 12 juillet 2013, le conseil de l'assurée s'est référé au certificat médical de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 20 septembre 2012. L'état de santé de Mme B\_\_\_\_\_ ne s'était pas amélioré. Les plaintes de celle-ci étaient identiques. Elle avait subi un accident de voiture au mois de juillet 2012.

28. Par réponse du 12 septembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. La première demande AI avait été déposée le 31 mars 2004. Elle avait été instruite notamment auprès du médecin traitant, la Dresse L\_\_\_\_\_. Une décision de refus avait été notifiée le 2 mars 2006. L'assurée avait engagé une procédure. Le TCAS ainsi que le Tribunal fédéral avaient rejeté les recours interjetés par Mme B\_\_\_\_\_.

Une deuxième demande avait été déposée le 22 octobre 2008 et était appuyée, à nouveau, par la Dresse L\_\_\_\_\_. Les diagnostics annoncés étaient les mêmes que ceux mentionnés précédemment, à l'exception des diagnostics de « migraines » et « d'arthrose interapophysaire postérieure » qui s'y rajoutaient. Une décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 22 janvier 2009 et était entrée en force.

Une troisième demande avait été introduite le 30 mars 2011. Elle était appuyée une nouvelle fois par la Dresse L\_\_\_\_\_ par lettre du 18 avril 2011. Les diagnostics mentionnés étaient cette fois strictement les mêmes que ceux relevés précédemment. Le SMR Suisse romande, dans un avis du 30 mai 2011, avait

constaté l'absence d'éléments médicaux nouveaux. Une décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 22 août 2011 et était entrée en force.

Suite au dépôt d'une nouvelle demande, une nouvelle décision de refus d'entrée en matière avait été notifiée le 17 avril 2013. Au vu des renseignements fournis par la Dresse L\_\_\_\_\_ dans son rapport du 13 janvier 2013, il était manifeste que l'état de santé de la recourante ne s'était pas notablement modifié puisque les diagnostics étaient toujours identiques. Le conseil de la recourante ne faisait pas même valoir une détérioration de l'état de santé puisqu'il relevait lui-même que l'état de santé était resté le même. S'agissant de la conclusion du conseil de la recourante tendant à la mise sur pied d'une expertise, celle-ci devait être rejetée dans la mesure où, les règles de la procédure imposaient à la recourante agissant dans le cadre d'une nouvelle demande de fournir elle-même les documents médicaux établissant la vraisemblance d'une dégradation notable de son état de santé. S'agissant des conséquences de l'accident survenu en juillet 2012, les suites immédiates de celui-ci avaient été dûment consignées en son temps (fêlure de la 5<sup>ème</sup> côte antérieure droite). Si des séquelles durables avaient été constatées par le médecin-traitant, elles auraient dû être mentionnées dans les diagnostics relevés, or il n'en figurait aucune.

29. Invitée à répliquer d'ici au 9 octobre 2013, l'assurée n'a pas réagi. Elle n'a pas donné suite au rappel prolongeant le délai au 29 octobre 2013.
30. Par courrier du 5 novembre 2013, les parties ont été informées que la cause était 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 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. A 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.
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'administration a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurance invalidité déposée par l'assurée.

5. a) Aux termes de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI (al. 2 et 3 depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012), la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré établit de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de façon à influencer ses droits. Ainsi, l'administration doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause, sans investigations, par un refus d'entrer en matière. Par contre, si l'administration entre en matière, elle doit instruire la cause et déterminer si la modification de l'invalidité s'est effectivement produite. En cas de recours, cet examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références).

b) 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

c) Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2).

6. En l'espèce, se fondant sur l'avis du SMR, l'OAI a retenu que les rapports des médecins de l'assurée, versés à l'appui de la nouvelle demande de prestations déposée le 3 septembre 2012, ne faisaient pas état d'une aggravation objective de l'état de santé physique ou psychique de la recourante.

Le rapport de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 13 janvier 2013 mentionne, au titre d'aggravation de l'état de santé de l'assurée, les migraines. Or, les diagnostics de migraines et d'arthrose interapophysaire postérieure avaient été posés en 2008 déjà. Ils n'avaient pas justifiés de révision de la rente à l'époque, ce que l'assurée n'avait pas contesté. Les cervico-dorso-lombalgies aiguës, deuxième aggravation de l'état de santé citée par la Dresse L\_\_\_\_\_ dans son certificat médical du 13 janvier 2013, étaient déjà diagnostiquées dans son rapport du 27 juin 2004. La fracture de la V côte antérieure droite semble être liée à l'accident. Or, la même praticienne a établi, le 19 septembre 2012, un certificat médical suite à l'accident lequel indique que l'incapacité de travail était totale à compter du 19 septembre 2012, mais que la patiente retrouverait sa pleine capacité de travail « selon évolution clinique ». Il n'était pas envisagé que les suites de l'accident impliquent une incapacité de travail durable. Le précédent certificat médical de la Dresse L\_\_\_\_\_, daté du 20 septembre 2012 est quasiment similaire en tous points à celui du 5 juillet 2004. La Dresse L\_\_\_\_\_ précise d'ailleurs que les plaintes de la patiente « restent les mêmes à savoir la persistance d'importantes douleurs handicapantes au niveau du rachis CDLombaire de façon continue ainsi qu'au niveau du MSG ». La remarque selon laquelle « depuis l'accident de circulation, l'état de santé de la patiente se péjore, tant sur le plan physique que psychique, ce qui ne lui permet pas de travailler », n'est étayée par aucun élément concret ou certificat médical de spécialiste qui mettrait en avant de façon claire et précise une péjoration, invalidante, de l'état de la patiente.

Sur le plan somatique, les autres certificats médicaux produits par l'assurée (la radiographie du rachis cervical, l'échographie du cou et celle du poignet) concluent à des résultats dans la norme, sous réserve de troubles passagers ou en tous les cas non invalidants à l'instar de l'hernie hiatale avec reflux sans oesophagite peptique.

Sur le plan psychique, l'état anxio-dépressif cité par la Dresse L\_\_\_\_\_ le 13 janvier 2013 avait déjà été diagnostiqué en 2004. Il avait fait l'objet d'une expertise psychiatrique. L'expert n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique autre que le trouble somatoforme douloureux.

La comparaison entre l'état de santé de l'assurée depuis la dernière demande de prestations AI (mars 2011) et la présente demande ne s'est pas péjoré de manière essentielle depuis la dernière décision.

Ainsi, quand bien même on ferait abstraction des différentes demandes de révision, en comparant l'évolution de l'état de santé de l'assuré depuis 2004, il s'avère que l'appréciation des conséquences des troubles de la santé sur la capacité de travail en 2012 ne diffère pas de celle retenue antérieurement.

Aussi, dans la mesure où la recourante n'a pas rendu plausible le fait que son degré d'invalidité s'était modifié de manière à influencer ses droits, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande.

Au demeurant, le juge n'a pas à instruire les aspects médicaux du dossier par l'audition des médecins, voire une expertise, puisqu'il doit se contenter d'examiner si l'assuré a rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé dans le délai fixé par l'OAI pour ce faire, ce qui n'est pas le cas.

7. Le recours, mal fondé, est rejeté. Le recourant est condamné au paiement d'un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare recevable le recours interjeté le 21 mai 2013 par Madame B\_\_\_\_\_ contre la décision de l'Office cantonal de l'assurance invalidité du 17 avril 2013.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. 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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-  
RUFFINEN

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