

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/171/2016

ATAS/545/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2016

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en _____1970, originaire de Bosnie-Herzégovine, travaillait dans un hôtel comme femme de chambre auxiliaire à raison de 20 h./sem. et, à titre accessoire, comme nettoyeuse auxiliaire, lorsque, le 11 août 2006, elle a été victime d'un accident : alors qu'elle descendait du bus pour traverser la voie publique, elle a été heurtée par un véhicule.
2. En juin 2007, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), qui lui a reconnu, par décision du 6 janvier 2012, le droit à une rente entière pour une période limitée, du 11 août 2007 au 31 mars 2008.

L'OAI a en effet considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% à compter du 1^{er} janvier 2008, puis de 100% dès le 29 juin 2010, dans toute activité, de sorte qu'à compter du 1^{er} janvier 2008, le degré d'invalidité n'avait plus été que de 22% dans la sphère professionnelle (empêchement de 31% pour une part de 72%) et de 3% dans la sphère ménagère (empêchement de 10,9% pour une part de 28%), soit un total de 25%, insuffisant pour maintenir le droit à la rente.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de réunir notamment les éléments suivants :

- une première expertise mise sur pied à la demande de l'assureur-accidents auprès du Centre d'expertises médicales (CEMed) de Nyon, à l'issue de laquelle les docteurs B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et D_____, spécialiste FMH en neurologie, ont retenu les diagnostics suivants : status après accident de la voie publique ayant entraîné une fracture des branches ilio et ischio-pubiennes gauches et une fracture non déplacée du cotyle et de l'aileron sacré gauches, fracas facial, traumatisme cranio-cérébral mineur avec commotion cérébrale et cupulolithiase, céphalées en partie post-traumatiques et syndrome post-commotionnel modéré persistant, céphalées en partie d'origine psychique, avec sensations vertigineuses et troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique, rentrant dans le cadre de l'état anxiodépressif, et, enfin, épisode dépressif moyen accompagné de phénomènes anxieux et d'une importante fixation sur les séquelles douloureuses somatiques (dépression essentiellement réactionnelle à l'accident mais entrant dans le cadre d'une dépression récurrente, l'assurée ayant déjà souffert d'un épisode dépressif dans le passé) ; sur les plans orthopédique et neurologique, aucune incapacité de travail n'était reconnue ; quant à celle admise sur le plan psychiatrique, les experts ont considéré que le statu quo ante avait été atteint une année après l'accident, date au-delà de laquelle l'incapacité de travail n'était plus en relation de causalité avec l'événement (cf. rapport du 28 août 2007) ;

- une seconde expertise mise sur pied à la demande de l'assureur perte de gain auprès du docteur E_____, psychiatre, qui s'est rangé à l'avis des premiers experts : depuis le 11 août 2007, la symptomatologie psychique ne pouvait plus être mise en lien de causalité naturelle avec l'accident car trop d'éléments étrangers à l'accident intervenaient et reléguaient celui-ci au second plan ; l'expert concluait, sur le plan psychique, à une capacité de travail de 50% dans toute activité adaptée aux compétences et à la motivation de l'assurée et ce, depuis le 1^{er} janvier 2008, en soulignant que la situation pourrait s'améliorer si l'assurée faisait preuve d'une meilleure compliance (cf. rapport du 4 janvier 2008) ;
- un rapport rédigé le 25 juillet 2008 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant de l'assurée, concluant à un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen, à un syndrome douloureux somatoforme persistant possible, à une personnalité dépendante, à un état de stress post-traumatique en rémission partielle et à des problèmes somatiques (status après polytraumatisme suite à un accident de la circulation) entraînant une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée ; selon ce médecin, l'assurée n'était pas encore en mesure de travailler à 50% ;
- un rapport du 27 octobre 2008, de la doctoresse G_____, du Service de médecine de premier recours des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), concluant à une totale incapacité de travail depuis l'accident et à une reprise éventuelle à 20% ou 30% à partir du printemps 2009, après poursuite de la physiothérapie et de l'ergothérapie ;
- une troisième expertise, confiée au centre d'expertises médicales de Champel, plus particulièrement aux docteurs H_____, I_____ et J_____, qui ont considéré qu'il n'y avait plus de symptomatologie pouvant justifier le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique ; cependant, eu égard à la persistance de la symptomatologie dépressive et anxieuse, l'expert psychiatre a conclu à une capacité de travail nulle, en expliquant que la chronicité de la maladie psychiatrique, le réveil d'anciens traumatismes psychiques et le fait qu'ils aient débordé les capacités mentales d'adaptation de l'expertisée entraînaient un très mauvais pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle, même si une amélioration thymique se présentait dans l'avenir (cf. rapport du 2 mars 2009) ;
- une enquête ménagère effectuée en date des 21 janvier et 4 février 2009, retenant un statut d'active à 72%, relevant d'une part, que dans la sphère ménagère, les empêchements étaient modérés, de sorte qu'on pouvait exiger de l'assurée qu'elle assume au moins une partie du ménage, d'autre part, que l'époux de l'intéressée étant au chômage et en bonne santé, il paraissait raisonnable d'exiger de sa part qu'il contribue de manière déterminante à la tenue du ménage, même si on ne pouvait lui demander de se substituer à son

épouse ; en définitive, les empêchements dans la sphère ménagère ont été évalués à 10,9 % ;

- une quatrième expertise, auprès de la doctoresse K_____, psychiatre, qui a conclu à une pleine capacité de travail sur le plan psychique, que ce soit dans la sphère professionnelle ou ménagère, en soulignant que les difficultés rencontrées par l'assurée n'étaient plus désormais dues qu'à son illettrisme, à l'acculturation et à son vécu (antécédents de guerre ; cf. rapport du 22 juillet 2010) ;
 - un courrier rédigé le 16 mai 2011 par le Dr F_____, alléguant en substance qu'il n'avait pas été assez tenu compte des problèmes somatiques de sa patiente, toujours en cours de traitement, et que les éléments non médicaux avaient été surévalués ; à son avis, l'incapacité de travail globale, physique et psychique, restait entière ;
 - un avis similaire émis par la Dresse G_____, concluant à l'absence de capacité de travail dans l'activité de femme de chambre ou de femme de ménage au motif que l'assurée souffrait encore d'importantes séquelles de son accident, qu'elle devait suivre des séances de physiothérapie et que sa mobilité était très réduite.
3. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans, par arrêt du 20 février 2014, l'a partiellement admis, en ce sens qu'elle a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière jusqu'au 20 septembre 2010, à l'issue d'une instruction au cours de laquelle a notamment été produit le document suivant :
- un rapport de la Consultation de la mémoire des HUG établi le 16 octobre 2012 par le docteur L_____, médecin, et par Madame M_____, neuropsychologue, concluant que l'évaluation neuropsychologique de la patiente, limitée par sa fatigabilité, sa thymie et son faible niveau d'instruction, mettait en évidence de légères difficultés sur les plans de la mémoire de travail et de l'attention ainsi que des troubles de la mémoire épisodique dans certains tests et des « performances déficitaires en dénomination » ; les intervenants ont relevé une incidence manifeste de l'état émotionnel et de fatigabilité sur les performances ; les autres fonctions cognitives testées (orientation spatio-temporelle, gnosies visuelles, aptitudes visuo-constructives simples et fonctions exécutives-abstraction faite du ralentissement) ont été qualifiées de « globalement dans les normes » ; il a été conclu que ce tableau de troubles cognitifs - dont la sévérité exacte était difficile à déterminer au vu des conditions d'examen (tests réalisés avec l'aide d'une traductrice chez une patiente très déprimée et fatigable) et en l'absence d'informations sur le niveau pré-morbide de la patiente - était probablement à mettre en relation avec la problématique émotionnelle complexe, associant un syndrome de stress post-traumatique, un parcours de vie difficile, une situation socio-économique précaire, une anxiété importante et un état dépressif ; les céphalées récurrentes,

les vertiges et les douleurs orthopédiques chroniques contribuaient sans doute aux difficultés observées, de même que la prise d'un traitement psychotrope, de benzodiazépines et d'antidouleurs ; au vu de l'état émotionnel et des douleurs, la reprise d'une activité professionnelle à court terme semblait illusoire.

4. L'arrêt de la Cour de céans a été confirmé par le Tribunal fédéral (9C_250/2014 du 9 juillet 2014). Celui-ci a considéré qu'il n'était pas arbitraire de considérer que l'expertise du Centre d'expertises médicales de Champel était plus probante que celle du Dr E_____ et de la psychologue N_____. Il a également confirmé la Cour s'agissant du plein recouvrement de la capacité de travail de l'assurée à compter du 29 juin 2010, date de l'examen par la Dresse K_____.
5. Début juin 2015, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations à laquelle elle a joint les documents suivants :
 - un bref écrit rédigé le 11 mai 2015 par le docteur O_____, spécialiste FMH en médecine interne, indiquant qu'il suivait l'assurée depuis avril 2012 pour un syndrome douloureux chronique résistant aux traitements et un état anxio-dépressif chronique qui allait en empirant ; le médecin sollicitait une réévaluation de la capacité de travail de sa patiente, dont il a estimé qu'elle était « tout de même limitée » ;
 - un courrier daté du 28 mai 2015 émanant du Dr F_____, psychiatre traitant, indiquant qu'il appuyait la demande de prestations de sa patiente « à la lumière de nouveaux éléments apparus depuis 2014, en particulier sur le plan neurocognitif, qui provoquent des troubles de la mémoire et de l'orientation temporo-spatiale sur un fond de céphalées migraineuses et d'un état anxio-dépressif » ; le médecin estimait que la capacité de travail de sa patiente ne dépassait pas 50% et sollicitait une réévaluation ;
 - un résumé de séjour du 12 au 13 septembre 2014 aux urgences des HUG pour des « céphalées inhabituelles » ;
 - un rapport suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale pratiquée le 26 septembre 2014, concluant à une « très discrète dilatation des espaces sous-arachnoïdiens bi-frontaux, s'associant à des anomalies de signal de la substance blanche péri-ventriculaire, plus marquées en frontal gauche, aspécifiques, ouvrant un diagnostic différentiel de séquelles de migraines » ;
 - un rapport de la Consultation de la mémoire des HUG du 21 février 2014 rédigé en ces termes : « l'évaluation neuropsychologique de cette patiente, à nouveau très limitée par la fatigabilité, les douleurs et la thymie, met toujours en évidence des difficultés attentionnelles et un léger ralentissement, susceptibles d'influencer les performances obtenues dans d'autres tâches, ainsi que des difficultés en mémoire épisodique verbale et en dénomination, auxquelles s'ajoutent maintenant de légères difficultés d'orientation. En revanche, la mémoire non-verbale, la copie de dessins simples et les fonctions exécutives restent globalement préservés. Sur le plan thymique, on observe

toujours la présence d'une problématique anxio-dépressive importante, avec des éléments de somatisation (multiples douleurs, vertiges...). [...] Ce tableau de troubles cognitifs, bien que toujours difficile à interpréter en raison des conditions d'examen [...] s'explique toujours probablement dans le cadre de la problématique thymique et psychosociale de la patiente. La médication, la mauvaise qualité de sommeil et les douleurs contribuent probablement aux difficultés attentionnelles ».

6. Le 15 juin 2015, le Dr O_____ a conclu à un état anxio-dépressif sévère.
7. Le 24 juin 2015, le Dr F_____ a confirmé l'existence d'une évolution défavorable depuis le début de l'année 2014, avec des troubles de l'orientation temporo-spatiale dont il a souligné que, bien que légers, ils étaient suffisants pour handicaper la patiente au point qu'elle doit toujours être accompagnée dans ses sorties. Le psychiatre traitant a conclu à des troubles neurocognitifs avec altération de l'orientation temporo-spatiale, à un trouble dépressif récurrent sévère, à un syndrome douloureux somatoforme persistant et à des troubles neurologiques.

A son rapport, le psychiatre traitant a notamment joint un document émanant du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur daté du 20 mai 2014 et confirmant les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de trouble anxio-dépressif sévère.

8. Par courrier du 26 juin 2015, le docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie, a expliqué avoir vu l'assurée à plusieurs reprises depuis décembre 2014, dans un contexte de céphalées mixtes très invalidantes, associées à une probable névralgie d'Arnold bilatérale, le tout s'inscrivant dans un contexte de syndrome douloureux chronique et de troubles anxio-dépressifs, avec une composante sur abus médicamenteux de paracétamol. Le médecin émettait l'avis que la capacité de travail de la patiente était significativement amoindrie et qu'une réévaluation serait indiquée.
9. Le dossier de l'assuré a alors été soumis au Service médical régional (SMR), qui a brièvement émis l'avis que les plaintes de l'assurée étaient demeurées les mêmes depuis l'accident de 2006 et qu'il n'y avait pas d'éléments nouveaux, ni de modification objective de l'état de santé depuis l'arrêt du 26 février 2014.
10. Le 6 novembre 2015, le Dr F_____ a répété que l'état de sa patiente s'était aggravé : son état psychique s'était péjoré sur le plan neurocognitif et affectif au point que la plupart des activités de la vie quotidienne étaient influencées.
11. Par décision du 7 décembre 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Se référant à l'avis de son SMR, l'OAI considère qu'aucun élément nouveau faisant état d'une modification objective de l'état de santé de l'assurée depuis le jugement du 26 février 2014 n'a été apporté et que l'assurée n'a pas rendu vraisemblable que les conditions d'une révision étaient réunies.
12. Par écriture du 18 janvier 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

La recourante fait valoir une aggravation de son état de santé psychique et de ses troubles de la mémoire et allègue que c'est sur le conseil de son médecin traitant qu'elle a déposé une demande de révision en juin 2015.

Elle en veut pour preuve :

- le fait qu'en date du 21 février 2014, elle a bénéficié d'un nouvel examen à la Consultation de la mémoire qui a mis en évidence une grande fatigue, une déprime et un score inférieur à celui obtenu lors de l'examen réalisé en 2012 ;
- le rapport établi par le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur du 20 mai 2014, dont il ressort qu'elle souffre au niveau des côtes, de tous les groupes musculaires et des cervicales, que les points de fibromyalgie sont tous positifs et que la mobilité de son rachis est diminuée ;
- un rapport du Dr P_____ du 26 juin 2015 faisant état de céphalées multi-résistantes à tous traitements et sollicitant une réévaluation par l'assurance-invalidité ;
- un rapport du Dr F_____, du 6 novembre 2015 mentionnant une péjoration de son état psychique sur le plan neurocognitif et affectif et préconisant une réévaluation clinique.

En substance, l'assurée allègue que ses douleurs et son état psychique se sont aggravés au point qu'elle n'arrive même plus à fonctionner dans le quotidien.

13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 10 février 2016, a conclu au rejet du recours.

Il fait valoir que les documents produits par la recourante ont déjà été examinés par son SMR et pris en considération pour rendre la décision litigieuse. Il maintient qu'une aggravation de l'état de santé n'a pas été rendue plausible.

14. Par écriture du 11 mars 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle reproche à l'intimé de n'avoir pas tenu compte du rapport de la Consultation de la mémoire du 21 février 2014. Pour le reste, elle se réfère aux documents déjà produits.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. 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 467 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 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).
3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante.
5. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). 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).

6. 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. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 114 consid. 2b).

7. 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).
8. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 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 (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 et les références).
9. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).
10. 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).
11. Il ressort de ce qui précède que la question qui se pose en l'occurrence est uniquement celle de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse - soit le 7 décembre 2015 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 6 janvier 2012 - date de la décision initiale.

La Cour de céans - confirmée en cela par le Tribunal fédéral - a jugé qu'il fallait considérer que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail à compter du

29 juin 2010, date de l'examen par l'experte K_____. Celle-ci n'avait alors en effet plus retenu à titre de diagnostics qu'un status post-notion de trouble dépressif récurrent désormais en rémission complète, des notions de douleurs chroniques et des difficultés liées à l'acculturation, dont elle a jugé qu'ils n'avaient plus aucune conséquence sur la capacité de travail de l'assurée. La recherche de critères de dépression au sens des classifications internationales était restée négative. Même l'attention et la concentration n'avaient fait l'objet d'aucun défaut, malgré plus de deux heures de questionnement soutenu dans une langue non maternelle. Les signes anxieux s'étaient limités à des préoccupations objectives de l'assurée quant à sa situation financière et à l'évolution de ses symptômes douloureux. Elle n'avait émis aucune plainte d'ordre strictement psychiatrique et l'examen n'avait pu mettre en évidence d'atteinte psychique potentiellement invalidante.

Se référant au bref avis de son SMR, l'intimé considère qu'aucun élément nouveau faisant état d'une modification objective de l'état de santé de l'assurée depuis lors n'a été apporté.

Force est cependant de constater - étant rappelé qu'il n'est nul besoin que la preuve soit pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision initiale a été rendue - que le Dr O_____ a fait état, en mai 2015, d'un état anxio-dépressif chronique allant en empirant, que le Dr F_____, psychiatre traitant, a fait état d'une aggravation sur le plan neuro-cognitif depuis 2014. Certes, la Consultation de la mémoire des HUG indique que les difficultés observées sont en majeure partie semblables à celles déjà observées précédemment. Il n'en demeure pas moins que les nouvelles difficultés d'orientation évoquées par le psychiatre traitant sont confirmées, même si elles sont qualifiées de légères. S'y ajoute le fait que le Dr F_____ et le Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur ont diagnostiqué un état anxio-dépressif désormais qualifié de sévère et que le Dr P_____ a fait état de céphalées très invalidantes apparues dans ce contexte.

Dans ces circonstances, on ne peut qu'admettre l'existence d'une aggravation médicalement attestée susceptible d'influencer le droit aux prestations. Autre est la question de savoir si cette aggravation a effectivement entraîné une modification de ses droits.

Il apparaît que l'intimé aurait donc dû entrer en matière et se livrer à des investigations complémentaires lui permettant d'examiner la nouvelle demande au fond.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après être entré en matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations de la recourante.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Admet le recours.
3. Annule la décision du 7 décembre 2015.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et décision au fond.
5. Met un émolument de CHF 1'200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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