RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1822/2020 **ATAS/1192/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 novembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____ [GE], comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître MEIER Anne	recourante

contre

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

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président suppléant ; Jean-Pierre WAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1971, ressortissante du Portugal, domiciliée en Suisse, dans le canton de Genève, depuis novembre 2009 (après l'avoir déjà été de mai 1991 à mai 1992, puis de septembre 2005 à juillet 2008), divorcée, mère d'un enfant né le _____ 2004. Elle n'est au bénéfice d'aucune formation professionnelle. Elle a exercé l'activité de femme de ménage chez des particuliers ou pour des entreprises, du 1er mars 2010 au 31 août 2012 à 100 % comme nettoyeuse pour la société K_____ SA ; elle a également gardé des enfants.

B. **a.** Le 11 septembre 2012, incapable de travailler depuis février 2012 en raison d'une arthrose, l'assurée a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI).

b. D'après un rapport médical de la docteure B_____ du 28 septembre 2012, l'assurée était atteinte d'une arthrodèse sous-talienne droite la rendant incapable de travailler depuis avril 2012, en plus d'asthme, d'obésité et d'un trouble anxieux diagnostiqués quant à eux comme étant alors non invalidants. Le 22 février 2013, ladite médecin a attesté que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, dès lors qu'influaient sur sa capacité de travail une persistance de douleur du pied après arthrodèse sous-talienne droite, une lombosciatalgie bilatérale entraînée par la boiterie après l'opération du pied, un hallux valgus de l'orteil gauche, un trouble anxieux aggravé avec attaque de panique et une douleur de l'épaule gauche avec bursite sous acromie deltoïdienne.

c. Le 16 septembre 2013, le docteur C_____, rhumatologue FMH, a retenu que l'assurée souffrait, de façon invalidante, de douleurs atypiques de l'épaule gauche, de lombalgies chroniques, d'une tendino-bursite trochantérienne gauche discrète et d'un status après arthrodèse de la cheville droite en 2012.

d. Le 11 mai 2015, le docteur D_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, a diagnostiqué chez l'assurée, avec effets sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen), un trouble panique moyen et des traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline.

e. D'après un rapport de la docteure E_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, reçu par l'OAI le 15 juillet 2015, l'assurée était toujours totalement incapable de travailler depuis décembre 2011, en raison de ses atteintes somatiques à sa santé rendant la marche limitée et entraînant des douleurs à la charge ; son trouble anxieux ne nécessitait plus de prise en charge psychiatrique.

f. Le 11 août 2015, la docteure F_____, médecin auprès du service médical régional AI (ci-après : SMR), a estimé qu'en raison des atteintes à sa santé somatique et psychiques relevées par ses médecins, ayant évolué favorablement, l'assurée était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle de

nettoyeuse mais était redevenue totalement capable de travailler depuis mai 2015 dans une activité adaptée n'exigeant d'elle ni marche longue ni station debout.

C. **a.** Par une décision qui lui a été adressée le 5 février 2016 avec le calcul de son droit à une rente d'invalidité (et à une rente pour enfant liée à cette rente), l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité basée sur un degré d'invalidité de 100 % du 1er mars 2013 (six mois après le dépôt de la demande) au 31 août 2015 (trois mois après l'amélioration de son état de santé).

b. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS), estimant avoir droit à une rente entière d'invalidité au-delà de l'échéance précitée, mais elle a retiré son recours le 6 juillet 2016, ce dont la CJCAS a pris acte le 11 juillet 2016 (ATAS/579/2016).

D. L'assurée a trouvé un emploi depuis 2017, comme garde d'enfants à 50 %, quatre jours par semaine de 8h à 14h (pas le mercredi), soit – indique-t-elle – dans une mesure alors juste encore compatible avec son état de santé, qui s'était dégradé.

E. **a.** Par un courrier du 14 septembre 2019 de son médecin généraliste (enregistré le 18 septembre 2019 comme une nouvelle demande de prestations de l'AI), le docteur G_____ du Centre médical L_____, l'assurée a demandé à l'OAI de procéder à une révision de son dossier AI. En plus de sa pathologie psychiatrique de longue date (soit d'un trouble dépressif majeur récurrent), elle avait des comorbidités somatiques invalidantes, à savoir une pathologie ostéo-articulaire (une fracturation malléolaire externe droite le 19 janvier 2016, deux interventions chirurgicales respectivement à la cheville droite et au pied gauche), une obésité, une lombosciatalgie droite chronique, un asthme bronchique sévère. Un 50 % d'activité était un maximum que son état de santé lui permettait d'exercer.

b. Lors d'un entretien téléphonique du 20 septembre 2019 avec le gestionnaire de son dossier auprès de l'OAI, l'assurée a confirmé qu'elle déposait une nouvelle demande de prestations de l'AI, compte tenu d'une dégradation de son état de santé, à savoir d'une gonarthrose, d'une arthrose au pied et à une hanche, d'un asthme de plus en plus sévère et d'une dépression. Elle travaillait comme nounou depuis trois ans, au maximum de ses possibilités, soit à 50 %.

c. Le 11 décembre 2019, le docteur M_____ du SMR a estimé que le tableau dressé par le courrier précité du Dr G_____ était similaire à celui qui avait été établi à l'appui de la précédente demande de prestations de l'assurée. Il n'y avait aucun élément médical permettant de retenir une possible aggravation de l'état de santé de l'assurée. On ne pouvait dès lors que s'en tenir aux précédentes conclusions du SMR, à savoir que l'assurée avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles d'épargne des pieds.

d. Le 12 décembre 2019, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision refusant d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations de l'AI du 18 septembre 2019, les éléments versés au dossier ne suffisant pas à mettre en

évidence une aggravation de son état de santé ou une modification de sa situation professionnelle depuis l'échéance de l'invalidité lui ayant été reconnue pour une durée limitée par décision du 5 février 2016. Un délai de 30 jours était imparti à l'assurée pour faire part de ses objections.

e. Le 6 janvier 2020, à la suite d'un entretien téléphonique du 19 décembre 2019, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle allait demander au Dr G_____ d'établir un rapport médical complémentaire et qu'elle le lui ferait suivre.

En février 2020, l'assurée a eu plusieurs entretiens téléphoniques avec l'OAI. Le gestionnaire de son dossier lui a expliqué que l'OAI devait rendre à court terme une décision de non-entrée en matière sur sa nouvelle demande de prestations, et qu'une nouvelle évaluation médicale ne pourrait intervenir que si elle produisait des éléments médicaux circonstanciés rendant plausible une aggravation de son état de santé. Il lui a indiqué, le 12 février 2020, qu'il attendait le téléphone du Dr G_____ encore durant une semaine, et, le 20 février 2020, qu'il restait dans l'attente de nouvelles quant à un rendez-vous qu'elle aurait avec ledit médecin.

Le 26 février 2020, lors d'un entretien téléphonique avec l'OAI, le Dr G_____ a pris note que cet office avait besoin de sa part, pour "ouvrir l'audition", d'un rapport circonstancié rendant plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Il a indiqué que cette dernière avait rendez-vous le 2 mars 2020 à son cabinet.

f. Le 31 mars 2020, l'OAI a consigné dans une note de dossier que, n'ayant pas reçu de nouvelles du Dr G_____, il allait rendre une décision de refus de prestations, qu'il notifierait à l'assurée en mai 2020, à l'issue de la suspension des délais ordonnée dans le cadre des mesures dictées par la pandémie de coronavirus.

F. Par décision du 28 mai 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'AI dont l'assurée l'avait saisi le 18 septembre 2019, dans les mêmes termes que son projet de décision précité du 12 décembre 2019, avec l'ajout qu'aucun élément lui permettant de modifier son avis ne lui était parvenu durant les délais lui ayant été accordés pour exercer son droit d'être entendue. Au nombre des nombreuses bases légales annexées à cette décision figurait l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), à teneur desquels "Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité (…) s'est modifiée de manière à influencer ses droits" (al. 2), et "Lorsque la rente (…) a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant (…), la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies" (al. 3).

G. **a.** Par acte du 25 juin 2020, désormais représentée par deux avocates, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la CJCAS, en concluant à pouvoir compléter son recours, à ce que la décision attaquée soit annulée et ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu à partir du 1er mars 2020 ou que le

dossier soit renvoyé à l'OAI pour instruction complémentaire sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation et l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2020. Elle a produit à l'appui de son recours un rapport médical établi le 23 juin 2020 par son chirurgien orthopédiste, le docteur H_____, qui la suivait depuis octobre 2016.

b. A teneur de ce rapport médical, que ledit médecin souhaitait pouvoir compléter, la situation de l'assurée s'était péjorée sensiblement depuis 2016. Les diagnostics (somatiques) étaient ceux de gonarthrose bilatérale, d'obésité morbide, de status après arthrodèse sous-astragalienne de la cheville droite, de status après cure chirurgicale d'hallux valgus gauche et d'arthrodèse cunéométatarsienne, de lombalgies et paralombalgies droites, de douleurs de l'épaule gauche et de tendinopathies des muscles de l'omoplate gauche. Etaient nouveaux, en particulier, l'apparition en 2019 d'une gonarthrose bilatérale, documentée par rayons X et imagerie par résonnance magnétique, de même qu'une obésité sévère jusqu'en février 2020 devenue morbide en juin 2020, en plus d'une péjoration des éléments anciens. L'assurée avait un handicap fonctionnel devenu lourd, compte tenu que rien ne s'était amélioré, que l'assurée était handicapée à la marche, à la station debout, en position assise et qu'elle ne pouvait porter plus d'un kg et demi avec le membre supérieur gauche ; une péjoration était prévisible.

c. L'assurée demandait à pouvoir compléter son recours sur la base d'un rapport médical que le Dr H_____ allait produire. L'OAI avait violé son devoir d'instruction de sa nouvelle demande de prestations. Il y avait péjoration des atteintes à la santé ayant amené l'OAI à rendre sa précédente décision du 5 février 2016, à savoir un trouble dépressif récurrent (épisode alors moyen), un trouble panique moyen, des traits de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, une arthrose de la cheville et une tendinite de l'épaule droite ; s'y ajoutaient deux aggravations survenues depuis lors, soit une gonarthrose bilatérale à prédominance fémorotulienne et une obésité devenue morbide. L'assurée estimait avoir droit à une rente entière de l'AI dès le 1er mars 2020. Elle demandait à bénéficier de mesures de réadaptation, ne pouvant exercer son activité consistant à garder des enfants que très difficilement et de façon limitée, à un taux n'excédant pas 50 %.

H. Par mémoire du 23 juillet 2020, auquel son dossier était joint, l'OAI a conclu au rejet du recours. La décision attaquée était un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'assurée le 18 septembre 2019. Elle était bien fondée, dès lors qu'à la date à laquelle elle avait été rendue, le 28 mai 2020, aucun élément médical probant n'avait été produit à l'appui de cette nouvelle demande. Les nouvelles pièces médicales versées au dossier au cours de la procédure de recours ne pouvaient entrer en considération pour statuer sur le recours.

I. **a.** Par réplique du 17 août 2020, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de son recours, en se référant pour le surplus à un rapport

complémentaire du Dr H_____ du 11 août 2020 s'appuyant sur des radiographies réalisées le 24 juin 2020.

b. D'après ce rapport médical complémentaire, lesdites radiographies montraient, au niveau lombaires, des discopathies étagées de L1 à L5 et des arthropathies inflammatoires, au niveau de la cheville droite, une arthrodèse talo-calcanéenne avec deux vis bien centrées en place sans signe de complication, au niveau du pied droit, un status post arthrodèse cunéiformo-métatarsienne du premier rayon avec deux vis en place, et au niveau de l'épaule, une arthrose acromio-claviculaire congestive avec bursite sous-acromio-deltoïdienne. L'ensemble de ces diagnostics, ajoutés à une obésité importante, limitaient de façon importante et définitive la mobilité de l'assurée et sa capacité de travail, et généraient douleurs et impotence fonctionnelle.

J. Invité par la CJCAS à présenter une duplique "avec soumission des pièces médicales nouvelles au SMR", l'OAI, par écriture du 8 septembre 2020, a estimé ne pas pouvoir soumettre au SMR les nouvelles pièces médicales produites, dès lors que le litige portait sur le point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou – ainsi qu'il le maintenait, en persistant à conclure au rejet du recours – ne justifiaient pas la reprise de l'instruction du dossier.

K. Le 9 septembre 2020, la CJCAS a informé les parties que la cause était désormais gardée à juger, sans que celles-ci ou l'une d'elles n'interviennent pour présenter de nouvelles écritures ou produire de nouvelles pièces (sinon, s'agissant de l'assurée, pour demander, les 3 mai 2021 et 14 octobre 2021, quand la CJCAS statuerait sur son recours).

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), la CJCAS 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.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), dans le respect des exigences de forme et de contenu posées par la loi (art. 61 let. b LPGA ; cf. aussi art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10 LPA).

Touchée par la décision attaquée et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA ; art. 60 al. 1 let. a et b et 89A LPA).

Le recours est donc recevable.

2. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Le recours reste cependant soumis à l'ancien droit, dès lors qu'il était pendant devant la chambre de céans au 1er janvier 2021 (cf. art. 82a LPGA ; RO 2020 5137 ; FF 2018 1597 ; erratum de la CdR de l'Ass.féd. du 19 mai 2021, publié le 18 juin 2021 in RO 2021 358).

3. **3.1.** Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. La modification *pro futuro* d'une décision limitant dans le temps le droit à une rente d'invalidité est soumise à la même condition d'une modification notable du taux d'invalidité. Il en va de même en cas de nouvelle demande d'une rente d'invalidité après l'échéance de la rente d'invalidité précédemment allouée de façon limitée dans le temps.

L'art. 87 RAI le précise en stipulant, à son al. 2, que 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, et, à son al. 3, que 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.

3.2. Comme la chambre de céans l'a rappelé encore récemment (ATAS/1067/2021 du 20 octobre 2021 consid. 4), 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 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 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). 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).

Ainsi, 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'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa

décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation, que le juge doit en principe respecter. 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 et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in STAUFFER / CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd., 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI).

3.3. 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). 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 1er 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 et 9 Cst ; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. 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). L'examen du juge se limite donc au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

3.4. 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 lors 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

4. **4.1.** La décision attaquée est un refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formée le 18 septembre 2019 par la recourante. L'intimé l'a adressée à cette dernière le 28 mai 2020, après lui en avoir envoyé le projet, appelé préavis (art. 57a LAI), le 12 décembre 2019. Cet envoi-ci faisait partir un délai de trente jours durant lequel la recourante pouvait faire part de ses observations (art. 57a al. 3 LAI). Ce délai est un délai d'ordre, qu'il appartient à l'intimé de prolonger lorsque l'assuré en fait la demande en temps utile pour des motifs fondés (Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 8 ad art. 57a).

4.2. En l'espèce, l'intimé a, à bon droit, accepté de prolonger ce délai, sur demande de la recourante, non sans lui dire, à teneur des notes d'entretiens téléphoniques figurant au dossier, qu'il serait amené à rendre à court terme une décision de non-entrée en matière à défaut de production d'éléments médicaux rendant plausible une aggravation notable de son état de santé depuis que sa précédente décision avait été rendue.

Les mesures dictées par la pandémie de coronavirus ont comporté une suspension, du 21 mars au 19 avril 2020, des délais légaux et des délais fixés par les autorités ou par les tribunaux en vertu du droit fédéral ou cantonal de procédure, à teneur d'une ordonnance du Conseil fédéral du 20 mars 2020 sur la suspension des délais dans les procédures civiles et administratives pour assurer le maintien de la justice en lien avec le coronavirus (COVID-19), dont l'intimé a admis – comme cela résulte de sa note de travail du 31 mars 2020 – qu'elle impliquait qu'il ne rende pas en l'occurrence sa décision avant le 5 mai 2020.

4.3. Cette note de travail est une note interne, restée non communiquée à la recourante (avant que ses avocates n'obtiennent une copie du dossier de l'OAI pour former recours contre le refus d'entrer en matière du 28 mai 2020). Des notes d'entretiens téléphoniques figurant au dossier ne résulte par ailleurs pas que l'intimé aurait, depuis qu'il avait accepté de prolonger le délai d'ordre de trente jours fixé par son préavis du 12 décembre 2019, averti formellement la recourante d'une date précise à partir de laquelle il rendrait la décision attaquée, en particulier compte tenu des circonstances liées à la pandémie de coronavirus.

Or, l'intimé devait appliquer par analogie l'art. 43 al. 3 LPGA, dont il résulte que – nonobstant toute la compréhension dont il avait fait preuve lors des contacts qu'il avait eus avec la recourante en janvier et février 2020 – il devait adresser à cette dernière une mise en demeure écrite l'avertissant d'une échéance précise du délai dans lequel il lui était encore loisible de produire des éléments médicaux circonstanciés dont il pourrait tenir compte pour, le cas échéant, ne pas lui notifier un refus d'entrer en matière. Il s'agissait là d'une règle de procédure ne souffrant aucune exception (Ueli KIESER, Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts ATSG, 4ème éd., 2020, n. 104 ad art. 43 ; Jacques SAUNIER, Olivier PIGUET, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, éd. par Anne-Sylvie DUPONT / Margit MOSET-SZELESS, 2018, n. 57 ad art. 43).

L'intimé ne l'a pas fait, et il ne résulte pas non plus du dossier qu'il l'aurait fait en s'adressant au médecin de la recourante, le Dr G_____, de surcroît alors qu'il avait des indices que celui-ci ne paraissait pas agir de façon conforme aux intérêts de la recourante.

4.4. Il faut en déduire que le droit d'être entendu de la recourante n'a pas été respecté.

4.5. Il s'ensuit en l'occurrence que le rapport médical circonstancié du Dr H_____ produit à l'appui du recours devait et doit être pris en compte pour déterminer si la recourante a rendu plausible que son état de santé s'est aggravé notablement depuis que l'intimé a rendu sa décision du 5 février 2016.

Comme l'intimé s'est refusé à le faire dans le cadre de la présente procédure, force est d'annuler la décision attaquée et de lui renvoyer la cause pour qu'il examine cette question, y compris à la lumière des pièces complémentaires ayant été versées dans l'intervalle au dossier, et, à moins qu'il ait de bons motifs d'y répondre par la négative, pour qu'il instruise la demande de prestations formée le 18 septembre 2019 par la recourante.

5. **5.1.** Le recours sera donc admis partiellement, et la cause renvoyée à l'intimé au sens des considérants.

5.2. La procédure n'est pas gratuite en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (art. 69 al. 1bis LAI), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (dans sa version ici applicable). Aussi un émolument de CHF 200.- sera-t-il mis à la charge de l'intimé.

5.3. La recourante obtenant partiellement gain de cause, et étant représentée par deux avocates, il doit lui être alloué une indemnité de procédure, qui sera arrêtée à CHF 1'000.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03) et mise à la charge de l'intimé.

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève au sens des considérants.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge dudit office.
5. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge dudit office.
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	Le président suppléant
Marguerite MFEGUE AYMON	Raphaël MARTIN

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