RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2608/2020 **ATAS/1308/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2021

8ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Châtelaine, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître STICHER Thierry	recourante

contre

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

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président suppléant ; Anny FAVRE et Michael RUDERMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1960, mariée et mère de quatre enfants adultes et indépendants, domiciliée dans le canton de Genève, a exercé une activité professionnelle dans le secteur du nettoyage à temps partiel, parallèlement à la tenue du ménage familial.

b. En juin 2017, elle a saisi l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI ou l'intimé) d'une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI), en raison de douleurs cervicales, d'une hernie discale C6-C7 et d'une tendinite au coude.

c. Se fondant sur des rapports du médecin traitant de l'assurée, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, et du docteur C_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, l'OAI a reconnu qu'en raison de ses troubles dégénératifs affectant l'ensemble du rachis, d'une arthrose lombaire, de lombalgies et de gonalgies chroniques, de cervico-brachialgies après chirurgie cervicale en 2012 et 2014, d'un canal cervical étroit, de douleurs chroniques et d'une épicondylite du bras droit, l'assurée avait, dès le 14 novembre 2016, une incapacité de travail de 100 % dans toute activité essentiellement en position debout et/ou sollicitant le membre supérieur droit à répétition (comme l'activité de nettoyeuse), mais une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Compte tenu d'un statut mixte de personne active à 50 % et de ménagère à 50 %, l'OAI a fait réaliser une enquête économique sur le ménage.

d. Par décision du 22 novembre 2018, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, motif pris d'un taux d'invalidité de 37 % (56 % d'invalidité dans la sphère professionnelle et 18 % de taux d'empêchements dans l'accomplissement des travaux ménagers), donc inférieur au taux de 40 % requis pour l'ouverture d'un droit à une rente d'invalidité.

e. L'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : CJCAS). Elle contestait les conclusions de l'enquête économique, reposant selon elle sur des taux d'empêchements pondérés insuffisants s'agissant de certains champs d'activités et sur des taux d'exigibilité excessifs eu égard à la disponibilité et l'état de santé de son mari ; elle contestait également le revenu avec invalidité que l'OAI avait retenu sur la base du tableau statistique de l'Enquête suisse des salaires (ESS). La CJCAS a rejeté son recours par arrêt du 9 décembre 2019 (ATAS/1131/2019).

f. Le Tribunal fédéral rejettera, par arrêt du 29 avril 2020 (9C_65/2020), le recours que l'assurée a formé auprès de lui contre cet arrêt de la CJCAS.

B. **a.** Par courrier de son avocat du 17 février 2020, l'assurée a demandé à l'OAI de procéder à une révision de son refus précité de lui allouer une rente d'invalidité, compte tenu d'une aggravation de son état de santé, en se fondant sur un rapport médical du 7 février 2020 du Dr B_____ et un rapport d'échographie du 10 janvier 2020 du radiologue D_____.

D'après ces documents médicaux, l'assurée présentait depuis plusieurs mois des douleurs avec impotence fonctionnelle de son membre supérieur droit, avec mise en évidence à l'échographie de tendinopathies du sus-épineux et de l'infra-épineux avec bursite sous-acromiale, ainsi qu'une importante épicondylite droite. Une infiltration de cortisone avait été effectuée au niveau du coude droit, et une autre était envisagée au niveau de l'épaule droite, et un traitement de physiothérapie était en cours. La petite activité professionnelle de femme de ménage que l'assurée avait dû conserver du fait du refus de l'OAI de lui allouer une rente d'invalidité ne faisait qu'aggraver son état de santé.

b. A teneur de l'avis médical du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 20 mai 2020, les problèmes médicaux invoqués dans la demande de révision étaient connus de longue date et avaient été pris en compte par l'OAI dans sa décision du 22 novembre 2018. Les pièces médicales versées au dossier ne rendaient pas plausible une modification de l'état de santé de l'assurée depuis que ladite décision avait été rendue ; l'exigibilité dans une activité adaptée était inchangée.

c. L'OAI lui ayant fait part, le 22 mai 2020, de son projet de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations, l'assurée a objecté qu'il n'avait pas tenu compte de sa situation de santé actuelle dans le cadre de l'instruction de sa précédente demande de prestations, mais seulement de cervico-brachialgies, et que son atteinte était dégénérative. Les problèmes concernant son membre supérieur droit, initialement sans répercussion sur sa capacité de travail, en avait désormais une, le Dr B_____ attestant d'une impotence fonctionnelle.

d. D'après un nouvel avis du SMR, du 15 juin 2020, l'assurée devait supporter les conséquences de son choix de continuer à exercer une activité professionnelle que l'OAI l'avait estimée totalement incapable d'exercer. Les cervico-brachialgies que l'OAI avait prises en compte pour rendre sa décision de refus de rente d'invalidité comprenaient l'ensemble des troubles médicaux de nature à fonder de tels troubles, qu'ils soient de nature dégénérative, ostéo-articulaire et/ou inflammatoire, secondaires ou non à des contraintes physiques contre-indiquées et répétées de façon inadaptée. Le problème des épicondylites de l'assurée, qui – à teneur de rapports du Dr B_____ des 13 mai 2017 et 12 septembre 2018 – n'existait plus en mai 2017 mais était réapparu en septembre 2018, avait bien été pris en compte dans l'instruction initiale. Il incluait l'impotence fonctionnelle du membre supérieur droit citée par le Dr B_____. Une modification notable et durable de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de 2018 n'était pas rendue plausible ; l'exigibilité dans une activité adaptée était inchangée.

e. Par décision du 1er juillet 2020, reçue le 6 juillet 2020, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 17 février 2020, les documents médicaux versés au dossier à l'appui de cette demande ne rendant pas plausible une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision de 2018.

C. **a.** Par acte du 31 août 2020, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la CJCAS, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI avec instruction d'entrer en matière sur sa demande de prestations, sous suite de frais et dépens.

L'OAI avait rendu sa décision, en 2018, en se fondant essentiellement sur les rapports du Dr B_____, qui avait estimé, en 2017 et 2018, que l'assurée pouvait assumer une activité professionnelle à 50 %, alors qu'en février 2020 ledit médecin attestait d'une aggravation de son état de santé, qu'accentuait la poursuite d'une activité professionnelle, et alors qu'il faisait état désormais d'une bursite sous-acromiale au niveau de l'épaule droite, élément nouveau également attesté par l'échographie réalisée le 10 janvier 2020 par le Dr D_____. Une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue suffisamment plausible. Une nouvelle échographie pratiquée le 3 août 2020 faisait état « de nombreuses pathologies nouvelles présentes » (au demeurant pas même énumérées). L'OAI devait entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.

b. Le rapport relatif à l'infiltration de l'épaule droite sous échographie réalisée le 3 août 2020, établi par la radiologue E_____, faisait état d'un épaississement du tendon supra-épineux en rapport avec une tendinopathie, un épaississement de la bourse sous-acromio-deltoïdienne, et une arthropathie acromio-claviculaire avec épaississement synovial. Ladite médecin préconisait, après l'infiltration pratiquée, un repos relatif à cette épaule pendant 48 à 72 heures.

D. **a.** Par mémoire du 28 septembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. A l'appui de la demande initiale de prestations de l'AI, le Dr B_____ avait invoqué des limitations fonctionnelles dues à des cervico-brachialgies droites (status post cure de hernie discale C6-C7 droite opérée en 2012 et récidive hernie discale C5-C6 droite sur fond de canal cervical étroit) ; les autres diagnostics retenus étaient des troubles dégénératifs sur l'ensemble du rachis, une arthrose lombaire depuis janvier 2018, une épicondylite du coude droit en avril 2018 ainsi que des troubles anxio-dépressifs modérés depuis novembre 2017. Dans le cadre de la nouvelle demande, ledit médecin traitant décrivait des douleurs du membre supérieur droit en raison d'une épicondylite droite et de discrètes tendinopathies avec bursite sous-acromiale, à savoir – estimait le SMR – des atteintes déjà connues et prises en compte dans l'instruction initiale. Au vu des éléments médicaux en sa possession lors de la prise de sa décision, l'OAI était légitimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande ; il n'y avait pas lieu de prendre en considération des rapports médicaux établis ultérieurement.

b. Le 5 octobre 2020, l'assurée a indiqué persister dans les termes et conclusions de son recours.

E. **a.** Le 8 décembre 2021, l'assurée a transmis à la CJCAS, en demandant que ces éléments soient pris en compte pour statuer sur son recours, un courrier du

28 novembre 2021 par lequel le Dr B_____ indiquait que l'assurée présentait depuis plusieurs mois des douleurs avec impotence fonctionnelle de son membre supérieur droit, avec mise en évidence – à teneur d'une IRM de la colonne lombo-sacrée réalisée le 1er octobre 2021 par le docteur F_____ – d'une importante discopathie L5-S1, qui, devant l'inefficacité de nombreuses séances de physiothérapie, avait nécessité une infiltration épidurale L4-L5 de cortisone puis au niveau de la sacro-iliaque gauche, puis encore une visco-supplémentation, et une troisième infiltration de cortisone au niveau de l'épaule gauche. Cela démontrait que même une petite activité professionnelle comme femme de ménage n'était médicalement plus possible (l'assurée l'interromprait d'ailleurs à fin novembre 2021).

b. La CJCAS a transmis ces documents à l'OAI et indiqué aux parties qu'elle statuerait prochainement sur le 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de ces lois.

Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), compte tenu de la suspension du délai de recours du 15 juillet au 15 août (art. 38 al. 4 let. b LPGA), et il respecte les 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 niant – comme en l'espèce – le droit à une rente d'invalidité faute d'un degré d'invalidité suffisant est soumise à la même condition d'une modification notable du taux d'invalidité. Une révision *pro futuro* peut intervenir non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain et/ou l'accomplissement des travaux habituels ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 526/01 du 6 mai 2002 consid. 1a).

Selon l'art. 87 RAI, 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 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 27 ad art. 31).

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. L'administration est fondée à se montrer 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du

Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Tel est le cas en l'espèce.

3.3. L'administration doit 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), en se limitant toutefois, au stade de l'entrée en matière, à examiner si les conditions d'une révision sont rendues plausibles par l'assuré.

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 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).

Il faut encore préciser que 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). Il incombe à l'assuré de produire des rapports médicaux pertinents à l'appui de sa demande de révision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 607/04 du 6 décembre 2005 consid. 3).

4. **4.1.** En l'espèce, c'est le 22 novembre 2018 qu'était intervenu un examen matériel du droit de la recourante à une rente d'invalidité reposant sur une constatation des faits pertinents et une appréciation des preuves conformes au droit. Cet examen avait abouti à la négation d'un droit de la recourante à une rente d'invalidité.

C'est une quinzaine de mois plus tard seulement que la recourante a requis la révision de cette décision. Ce court laps de temps justifie de se montrer exigeant pour apprécier le caractère plausible d'une aggravation, qui serait survenue dans cet intervalle de temps, de l'état de santé de la recourante ou des conséquences de son état de santé sur sa capacité de gain et/ou l'accomplissement des travaux ménagers, même si – sied-il de noter en contrepartie – la décision de référence précitée retenait un degré d'invalidité global de 37 %, donc peu éloigné du taux minimal de 40 % ouvrant le droit à une rente d'invalidité (soit, plus précisément, à un quart de rente [art. 28 al. 2 LAI]).

4.2. Les rapports médicaux produits à l'appui de la nouvelle demande de prestations de l'AI ne mentionnent pas, ni *a fortiori* n'étayent un tant soit peu une péjoration de l'état de santé de la recourante portant à conséquence sur la capacité de travail et de gain que la décision de novembre 2018 lui reconnaissait. Il est en effet frappant que – dans des rapports ou courriers que l'assurée s'est bornée à transmettre à l'intimé ou à la chambre de céans sans s'inquiéter de la non-pertinence de l'affirmation qu'ils véhiculaient – le médecin traitant de la recourante ait indiqué que cette dernière, du fait d'une aggravation alléguée de son état de santé, ne pouvait plus que très difficilement (et même plus du tout depuis la fin novembre 2021) exercer une « petite activité professionnelle de femme de ménage », soit une activité pour laquelle l'intimé lui avait reconnu une totale incapacité de travail. Lesdits rapports ne font pas état, ni *a fortiori* ne rendent plausible que la prétendue péjoration de l'état de santé de la recourante avait un impact sur sa capacité de travail et de gain dans une activité adaptée, ni d'ailleurs sur sa capacité d'accomplir les travaux ménagers, dans une mesure suffisante pour remettre en question les taux respectivement de 56 % d'invalidité dans la sphère professionnelle et de 18 % d'empêchements d'accomplir les travaux ménagers que l'intimé avait retenus pour fixer son degré d'invalidité global à 37 %.

4.3. A l'appui de sa décision du 22 novembre 2018, l'intimé ne s'était pas limité à prendre en compte des cervico-brachialgies. Comme le SMR l'a relevé dans ses avis médicaux des 20 mai et 15 juin 2020, cette décision se fondait sur un tableau clinique plus large, incluant des troubles dégénératifs affectant l'ensemble du rachis et des épicondylites, donc aussi un problème du membre supérieur droit en raison d'une épicondylite et de tendinopathies avec bursite sous-acromiale. L'intimé était dès lors fondé à considérer que les rapports médicaux produits à l'appui de la demande de révision de ladite décision n'apportaient pas d'éléments médicaux rendant plausible une aggravation de l'état de santé apparaissant propre à modifier le droit de la recourante à une rente AI.

La même appréciation peut être faite des rapports médicaux produits subséquemment, étant relevé qu'en tout état ces rapports, alléguant une nouvelle péjoration de l'état de santé de la recourante, ne sont pas pertinents pour juger de ce qu'il en était au moment déterminant où l'intimé a rendu la décision attaquée, soit au 1er juillet 2020. Il sied au demeurant de noter que dans son rapport du 3 août 2020, la Dre E_____ a préconisé, après l'infiltration par des corticoïdes de la bursite sous-acromio-deltoïdienne droite de la recourante, que cette dernière veille à reposer son épaule pendant 48 à 72 heures, ce qui ne tend pas à rendre plausible une atteinte durable à la santé, qui puisse justifier d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations formée le 17 février 2020.

4.4. Cette décision-ci est donc bien fondée.

5. **5.1.** Le recours doit en conséquence être rejeté.

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 la recourante.

5.3. Compte tenu de l'issue donnée au recours, il n'y a pas lieu d'allouer une indemnité de procédure à la recourante (art. 61 al. 1 let. g LPGA), ni d'ailleurs à l'intimé dès lors que celui-ci est une administration publique dotée d'un service juridique (Jean METRAL, in CR-LPGA, n. 98 et 100 ad art. 61 ; Stéphane GRODECKI / Romain JORDAN, Code annoté de procédure administrative genevoise, 2017, n. 1041).

* * * * * *

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de Madame A_____ .
4. Dit qu'il n'est pas alloué d'indemnité de procédure aux parties.
5. 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