

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2897/2013

ATAS/1245/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 17 décembre 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Les Acacias

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____ (ci-après l'assurée), née D _____ en 1965, au bénéfice d'un CFC d'aide en pharmacie obtenu en 1987, a déposé une demande de prestations d'invalidité le 11 février 1992 auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (OAI) en raison d'une maladie de Crohn.
2. Dans un rapport du 17 février 1992, le Dr E _____, spécialiste FMH en gastroentérologie et médecine interne, a attesté que la maladie existait depuis 1986 et qu'elle avait nécessité des hospitalisations de quelques semaines en 1988, 1989 et deux fois en 1991. L'assurée était sous traitement continu depuis 1989, mais l'affection n'impliquait pas d'incapacité de travail.
3. L'assurée a retiré sa demande en mars 1992, car elle avait retrouvé du travail.
4. Depuis le 1^{er} juillet 2006, l'assurée travaillait en qualité d'assistante en pharmacie à raison de 34 heures par semaine, l'horaire habituel de l'entreprise étant de 42 heures (80%).
5. En raison de la réduction de son activité à 80% dès le 1^{er} juillet 2006 pour avoir une meilleure qualité de vie, l'assurée a déposé, en date du 4 septembre 2006, une deuxième demande de prestations d'invalidité, le but étant d'obtenir de l'aide pour faire face à d'importants frais médicaux.
6. Par projet de décision du 12 septembre 2006 confirmé par décision du 19 décembre 2006, l'OAI a refusé la prise en charge de mesures médicales en l'absence d'infirmité congénitale.
7. Le 26 septembre 2008, l'assurée a déposé une troisième demande de prestations à l'OAI, en raison des atteintes suivantes : maladie de Crohn depuis 1988 stabilisée en 1995, diabète détecté en juin 2006, maladie de Verneuil, insuffisance rénale depuis 2000. Elle précisait être en instance de divorce et ne plus avoir la force de travailler à plus de 80%. Elle sollicitait donc une rente d'invalidité de 20% et/ou une aide financière pour assumer le 10% des frais médicaux.
8. Des mesures professionnelles n'ont pas été mises en place par l'OAI, étant donné que l'assurée était très fatiguée malgré la diminution de son taux d'activité à 80%.
9. Dans le cadre de l'instruction de cette nouvelle demande, l'OAI a recueilli les rapports médicaux suivants auprès des médecins traitants de l'assurée :
 - a) Un rapport du 6 octobre 2008 du Dr F _____, spécialiste FMH en dermatologie, dans lequel ce médecin diagnostiquait une hidrosadénite suppurée ou maladie de Verneuil datant d'avant 2000, traitée par lui-même depuis 2004, l'assurée souffrant depuis plus de 10 ans de lésions inflammatoires localisées dans les plis inguinaux, sur le pubis et les fesses, qui formaient des nodules, puis abcédaient et fistulaient à la peau, les poussées étant très douloureuses. Par la suite, lors de la cicatrisation, des comédons et une fibrose rétractile se formaient.

L'assurée a été totalement incapable de travailler du 9 février au 3 mars 2008, mais la situation était calme lors du contrôle de septembre. Lors des poussées, l'assurée éprouvait des difficultés à se mouvoir et à s'asseoir, avec un impact psychologique considérable, étant cependant capable de travailler entre 50% et 80%.

b) Un rapport du 7 octobre 2008 de la Dresse G _____ spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée depuis juin 2006, dans lequel ce médecin diagnostiquait une maladie de Crohn, de l'asthme, une maladie de Verneuil, des furoncles sur les plis inguinaux et un état dépressif réactionnel. L'incapacité de travail de 20% datait du printemps 2008 et l'assurée était capable de travailler entre 50% et 80% sans diminution de rendement dans une activité qui n'était pas physiquement éprouvante, mais la patiente était « épuisée à force de tenir ».

c) Un deuxième rapport médical du Dr F _____ daté du 2 avril 2009, selon lequel l'état était stationnaire depuis juillet 2008, la patiente travaillant à 100% en dehors des poussées, durant lesquelles le rendement était de 0%, en raison des douleurs importantes et d'une grande difficulté à se mouvoir.

d) Un courrier du 28 avril 2009 de la Dresse G _____ qui expliquait ne pas avoir vu sa patiente depuis novembre 2008.

e) Un rapport du 15 mai 2009 du Dr H _____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, dans lequel celui-ci diagnostiquait une insuffisance rénale chronique sur maladie lithiasique avec surinfection rénale, un diabète sucré non traité par le régime, un status après colostomie pour maladie de Crohn et après opération abdominale (filet sur bas ventre). La filtration était estimée à 45 ml/min et la multiplicité des problèmes impliquait une fatigabilité accrue, l'assurée étant toutefois capable de travailler entre 50% et 80%.

10. A la demande de l'OAI, le Dr I _____, spécialiste FMH en médecine interne, a procédé à une expertise. Selon le rapport du 16 octobre 2009, le diabète, l'insuffisance rénale, l'asthme et les diverses pathologie de l'appareil locomoteur n'étaient pas à l'origine de limitations fonctionnelles significatives. Quant à la maladie de Crohn, elle était apparemment inactive et c'était essentiellement la maladie de Verneuil qui générait le plus une altération de la qualité de vie de l'assurée. Outre une souffrance esthétique, l'assurée présentait des douleurs et des difficultés de déambulation et pour tenir la position assise, de sorte que si l'activité d'assistante en pharmacie était exigible à 100%, il existait une diminution de rendement de 20%.

11. L'assurée a été licenciée avec effet au 31 juillet 2010.

12. Par courrier du 10 juin 2010, l'assurée a rappelé à l'OAI qu'elle avait été expertisée par le Dr I _____ en septembre 2009 mais que depuis lors, elle n'avait pas eu de nouvelles. Elle venait d'être licenciée pour le 31 juillet 2010 et ne savait pas à quel taux chercher un emploi. Elle s'est finalement annoncée au chômage en août 2010.

13. Par projet de décision du 11 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de refuser toute prestation, le taux d'invalidité étant de 20%.
14. Par pli du 8 novembre 2010, l'assurée, sous la plume de son Conseil, a fait valoir une aggravation de l'état de santé de sa cliente, concluant ainsi à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, elle a produit un certificat du 1^{er} novembre 2010 du Dr F_____, selon lequel une demande AI avait été déposée en 2008 en raison de l'aggravation de l'état de santé, le problème médical se péjorant avec des poussées qui occasionnaient une grande difficulté à se mouvoir. Il confirmait pour le surplus ses précédents rapports.
15. Dans son rapport du 30 mai 2011, le Dr F_____ a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, qu'elle était capable de travailler à 100% dans son activité en dehors des poussées de maladie de Verneuil, lors desquelles elle ne pouvait pas se tenir assise et avait beaucoup de mal à marcher.

En annexe à ce rapport figuraient notamment :

- l'avis du Dr J_____, médecin auprès de la polyclinique de chirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG), dans lequel il était fait état d'un trajet fistuleux para-anal correspondant probablement à une fistule sur un plan de maladie de Crohn ;
 - le rapport de gastroscopie du 1^{er} mars 2011 du Dr E_____ qui mentionnait une gastrite modérée, un œsophage et un duodénum normaux.
16. Selon l'avis du SMR du 27 juin 2011, qui résumait les nouveaux rapports médicaux, on ignorait si une mise à plat de la fistule avait pu être réalisée et si un traitement anti-TNF avait été instauré en postopératoire, mais une fistule n'était pas susceptible de provoquer une incapacité de travail de longue durée hormis pendant les périodes opératoire et postopératoire. Il n'y avait donc pas de fait nouveau susceptible de représenter une incapacité de travail de longue durée.
 17. Par décision du 8 août 2011, l'OAI a refusé une rente et des mesures professionnelles à l'assurée, dès lors qu'aucun élément nouveau n'était susceptible de représenter une incapacité de travail de longue durée.
 18. Par acte du 14 septembre 2011, l'assurée, représentée par son avocat, a interjeté recours contre la décision (procédure A/2786/2011), faisant valoir que, début 2010 son état de santé s'était fortement dégradé, s'agissant des maladies de Verneuil et de Crohn, mais aussi en raison d'une insuffisance rénale et de problèmes dermatologiques, ayant nécessité plusieurs opérations. Après de longues absences dues à la maladie, elle avait été licenciée par son employeur courant juin 2010. Le médecin-conseil de l'assurance-chômage avait estimé que la recourante était totalement invalide et de manière définitive. Exclue de l'assurance-chômage, elle avait dû se tourner vers l'Hospice général. Elle avait ainsi demandé, le 8 novembre 2010, à pouvoir modifier sa demande initiale, considérant qu'elle devait être traitée comme une demande de rente d'invalidité entière au vu de l'aggravation de son état

de santé. Or, aucun médecin du SMR ne l'avait examinée et il était indispensable de procéder à un nouvel examen pluridisciplinaire. Les médecins-traitants de l'assurée, soit le Dr E_____ pour la maladie de Crohn, le Dr F_____ pour la maladie de Verneuil, le Dr H_____ pour l'insuffisance rénale et le Dr K_____ pour les problèmes psychologiques, s'accordaient pour dire que son état de santé s'était à tel point dégradé qu'il ne lui permettait plus d'exercer une quelconque activité lucrative. L'assurée concluait ainsi à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, à l'annulation de la décision du 8 août 2011 et à l'octroi d'une rente pleine et entière depuis le 1^{er} janvier 2010. En annexe à son recours figurait notamment l'avis médical du médecin de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI qui mentionnait qu'une rente AI avait été demandée et qui indiquait « invalidité définitive ».

19. Par pli du 17 novembre 2011, l'assurée a encore produit les certificats médicaux suivants :

a) Le certificat du 9 novembre 2011 du Dr F_____ attestant prendre en charge l'assurée depuis mars 2004 pour une maladie de Verneuil. En raison de l'aggravation de la maladie, une demande de prestations d'invalidité avait été effectuée le 6 octobre 2008. Actuellement, le problème médical se péjorait, évoluant par poussées qui, durant ces phases, occasionnaient une grande difficulté à se mouvoir. De ce fait, il demandait que la situation fût étudiée pour un arrêt définitif. Il s'agissait de lésions inflammatoires localisées principalement dans les plis inguinaux, le pubis et les fesses. Les lésions formaient des nodules qui s'abcédaient et se fistulaient à la peau. La maladie évoluait par poussées imprévisibles, extrêmement douloureuses. Tous les traitements avaient déjà été tentés (antibiothérapie et chirurgie), sans permettre une réelle rémission. Les études montraient que les anti-TNF allaient être efficaces à l'avenir, mais le prix des injections, en l'absence de prise en charge par les caisses, rendaient l'utilisation du traitement très occasionnel, éventuellement dans le cadre d'un protocole.

b) L'attestation du 7 octobre 2011 de la Dresse K_____ qui confirmait suivre l'assurée depuis novembre 2008, en raison d'une symptomatologie dépressive, dont l'amélioration avait été progressivement favorable. L'aggravation des problèmes somatiques avait provoqué une péjoration de sa qualité de vie en raison des douleurs, de la fatigue et de la lourdeur des soins quotidiens nécessaires. Malgré ce contexte difficile, la patiente avait toujours souhaité poursuivre une activité professionnelle dont elle devait faire le deuil aujourd'hui en raison des nombreuses comorbidités somatiques qui ne lui permettaient plus d'assumer une charge professionnelle.

c) Le certificat du 3 novembre 2011 du Dr E_____ qui suivait la patiente depuis 1989 pour une maladie inflammatoire cryptogénétique de l'intestin (MICI). Le médecin relatait l'évolution de la maladie, depuis la colectomie jusqu'à l'intervention de pose d'un double filet en juillet 2002. Il indiquait qu'au même moment, l'affection dermatologique de Verneuil s'était aggravée, l'assurée ayant fait

de louables efforts pour perdre du poids mais sans résultat, au vu de l'altération endocrinologique induite par les traitements prolongés sur plus de dix ans avec des corticoïdes. Un diabète de type II avait été décelé en 2006, traité par antidiabétiques oraux puis par insuline. En 2010, elle avait développé une fistule anale compliquée qui avait fait l'objet d'une intervention avec mise à plat en 2011. L'affection entrant dans le contexte de la maladie inflammatoire digestive, il avait été décidé de commencer un traitement immunologique avec injection d'anti-TNF Alpha (HUMIRA) dès mai 2011. Durant ces années, l'assurée avait dû faire face à des problèmes au travail, étant licenciée en cours de traitement. Elle avait en outre dû s'occuper de son père qui souffrait d'une tumeur jusqu'à son décès en 2006. Tout cela avait donc eu un impact certain sur son moral. Cet historique médical comportant de très nombreuses interventions chirurgicales se caractérisait par des complications et des conséquences métaboliques importantes dont les effets étaient évidents sur son état de santé, sa qualité de vie et sa capacité de travail.

d) L'attestation du 16 novembre 2011 du Dr H_____ qui certifiait que l'assurée souffrait depuis de nombreuses années d'affections médicales multiples dont les conséquences entraînaient un lourd handicap fonctionnel ainsi qu'un état de faiblesse permanent, l'état s'étant progressivement aggravé durant ces vingt-quatre derniers mois, de sorte qu'elle était inapte à travailler dans toute activité.

20. Sur demande de la Cour, le dernier employeur de l'assurée a produit les relevés des absences pour cause de maladie de celle-ci durant les années 2008, 2009 et 2010, dont il ressort que l'assurée avait été absente un peu plus de deux semaines et demi en 2008, près de six semaines et demi à raison de quelques jours durant le premier trimestre, quatre semaines en juin et deux semaines et demi en décembre en 2009, et qu'en en 2010, de janvier à juillet (fin du contrat de travail), elle n'avait pas été absente du tout.
21. Répondant aux questions posées par la Cour, le Dr F_____ a précisé, en date du 14 février 2012 que la fréquence des poussées était imprévisible, les poussées pouvant survenir trois fois par mois aussi bien qu'aucune fois durant trois mois. La durée des poussées dépendait de l'inflammation et du nombre de lésions. Les poussées étaient traitées d'abord par administration d'un antibiotique et d'une injection locale de corticoïde et, dans les cas rebelles, d'une intervention chirurgicale, de sorte que la durée pouvait varier d'une semaine à un mois. À la question de savoir en quoi la maladie avait connu une aggravation qui avait justifié le dépôt d'une demande AI en octobre 2008, le médecin a donné des explications générales sur la maladie de Verneuil, dont l'origine était mal connue, certain cas étant traités par anti TNF dans le cadre d'un protocole à l'hôpital avec une bonne évolution, sans prise en charge par l'assurance de base. L'assurée bénéficiait actuellement d'injections anti TNF-ALPHA (HUMIRA) qui n'avaient pas d'influence particulière sur l'évolution de la maladie. S'agissant de savoir si la maladie avait connu une nouvelle aggravation ultérieurement, le médecin a exposé que le traitement par HUMIRA avait été administré dès mai 2011. L'assurée avait

connu une inflammation le 8 juillet 2011, puis, malgré les injections, de nouvelles lésions s'étaient développées en novembre 2011 et en décembre 2011 (quatre foyers) nécessitant un traitement, la situation paraissant toutefois s'être calmée jusqu'à ce jour, sans savoir si cela était dû aux effets du traitement.

22. Par arrêt du 1^{er} mai 2012 (ATAS/576/2012), la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée, considérant que l'expertise du Dr I_____ pouvait se voir reconnaître une pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral. La Cour de céans relevait également que lors du dépôt de la demande, le généraliste, le psychiatre et le gastroentérologue attestaient d'une capacité de travail de 50% à 80% et qu'aucun rapport médical ne retenait que le diabète aurait eu un effet négatif sur la capacité de travail de l'assurée. La maladie de Crohn n'avait pas eu de répercussion durable sur la capacité de travail entre 1989 et 2002 et n'avait pas non plus connu d'aggravation ultérieure. Si le Dr E_____ considérait certes, en 2011, que l'ensemble des affections (en citant le diabète, la maladie de Verneuil et une fistule), ainsi que les conséquences sur le métabolisme de l'assurée, mais aussi diverses difficultés personnelles (père malade, licenciement, divorce) avaient des effets évidents sur sa capacité de travail, il n'indiquait pas quel serait le taux d'incapacité de travail. Quant au trouble dépressif, il avait connu une amélioration favorable selon la psychiatre qui précisait cependant qu'en raison des nombreuses comorbidités somatiques, l'assurée ne pouvait plus assumer de charge professionnelle. La maladie de Verneuil était fluctuante, avec des périodes de poussées impliquant de courtes incapacités de travail d'une semaine à un mois, lors de cas graves. Ainsi, seules deux incapacité d'un mois avaient eu lieu depuis 2008 : l'une en été 2009, l'autre fin 2011. A noter en outre que le Dr F_____ relevait qu'en dehors de ces poussées, l'assurée était capable de travailler à 100%. En réalité, seule la maladie de Verneuil avait depuis 2004 des conséquences sur la capacité de travail de l'assurée. La Cour de céans était donc d'avis qu'aucun des spécialistes n'affirmait que l'affection qu'il traitait impliquait une incapacité de travail de longue durée, mais tous soutenaient que les pathologies dans leur ensemble avaient une répercussion - qui n'était pas précisément évaluée - sur la capacité de travail et la qualité de vie de la recourante de sorte que les avis des divers médecins consultés n'étaient pas divergents des conclusions de l'expertise du Dr I_____ qui retenait une diminution de rendement de 20%. De plus, ces médecins ne faisaient pas non plus état d'une aggravation durable depuis 2008. Quant aux avis du Dr H_____, médecin traitant, qui attestait d'une incapacité totale de travail depuis 2009, sans motivation et du médecin conseil de l'assurance-chômage, qui retenait une totale et définitive invalidité, sans autre explication que le dépôt d'une demande d'invalidité, ils n'étaient pas probants. La Cour de céans avait en outre constaté que l'assurée avait réduit son taux d'activité à 80% en 2006 en raison des effets sur sa capacité de travail de l'ensemble des pathologies, de la fatigue et des conséquences sur sa thymie des difficultés personnelles rencontrées et ce, afin de retrouver une meilleure qualité de vie. Cette réduction de son taux d'activité avait par ailleurs eu lieu lors de la prise d'un nouvel emploi en juillet

2006. C'était dans ce contexte que l'assurée avait déposé une demande de rente d'invalidité à 20%. Elle avait ensuite continué à travailler pour le même employeur à 80% jusqu'à son licenciement à fin juillet 2010, avec très peu de périodes d'absence en 2008, 6 semaines en deux périodes en 2009 et aucune absence en 2010 pour cause de maladie. La Cour de céans avait ainsi considéré qu'il était non seulement démontré que l'assurée n'était affectée d'aucune maladie impliquant une incapacité de travail de longue durée de plus de 20%, mais également que sa capacité de gain n'avait pas été affectée au-delà des 20% retenus par l'expert, étant rappelé que l'invalidité est une notion économique.

23. Le 7 janvier 2013, l'arrêt du 1^{er} mai 2012 a été confirmé, sur recours, par le Tribunal fédéral, dans un arrêt non publié 9C_486/2012.
24. Le 5 avril 2013, l'assurée a déposé auprès de l'OAI une attestation établie par le Dr H_____ le 2 avril 2013, dans laquelle ce médecin certifiait qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis plusieurs mois. Après avoir rappelé que l'assurée était atteinte de diabète de type II et qu'elle souffrait de la maladie de Crohn et de la maladie de Verneuil, ce médecin a expliqué que la situation métabolique s'était compliquée avec l'apparition d'une acidose métabolique importante difficile à juguler. Sa patiente souffrait en outre de douleurs ostéomusculaires probablement en lien avec la maladie de Crohn. Le traitement d'Humira, le traitement anti-diabétique, le traitement anti-hypertenseur et celui lié à la correction métabolique de l'acidose entraînaient, chez l'assurée, une fatigue importante. Le Dr H_____ considérait dès lors que l'assurée était totalement incapable de travailler.
25. Par courrier du 8 avril 2013, l'OAI a imparti à l'assurée un délai de 30 jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Cet office précisait en outre qu'il serait utile que l'assurée produisit un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante, avec l'indication de la capacité de travail résiduelle et des limitations fonctionnelles existantes. L'OAI expliquait enfin à l'assurée qu'en l'absence de réponse dans le délai imparti, il se verrait contraint de statuer en l'état du dossier et de décider de ne pas entrer en matière.
26. Le 7 mai 2013, l'assurée a formellement déposé une nouvelle demande de prestations en raison des atteintes suivantes : maladie de Crohn, maladie de Verneuil et insuffisance rénale.

En annexe à la demande figuraient les documents suivants :

- a) Un certificat établi par le Dr F_____ le 16 avril 2013, dans lequel ce médecin, après avoir décrit la maladie de Verneuil, a expliqué que les traitements antiseptique et antibiotique au long cours, injection de stéroïde intra-lésionnelle et chirurgicale ne permettaient pas d'enrayer le processus. Malgré un traitement d'anti-TNF (Humira), la maladie n'avait pas régressé. Les poussées étaient toujours aussi violentes, occasionnant des douleurs importantes rendant tout travail

impossible. Compte tenu du caractère invalidant et permanent de cette maladie et de l'utilisation de tous les traitements existants à ce jour, le Dr F_____ estimait qu'il était impossible, pour sa patiente, de reprendre une activité professionnelle dans des conditions normales. Par ailleurs, une reconversion lui paraissait également impossible.

b) L'attestation du Dr H_____ du 2 avril 2013, transmise à l'OAI le 5 avril 2013 (voir *supra* ch.24).

c) Un certificat de la Dresse K_____, du 1^{er} mai 2013, dans lequel le psychiatre traitant expliquait suivre l'assurée depuis novembre 2008 pour un trouble dépressif récurrent. En raison de l'aggravation de la thymie de l'assurée depuis le mois de décembre 2012, ledit trouble était actuellement qualifié d'un épisode dépressif moyen (F33.2), ayant partiellement répondu à la réintroduction du traitement antidépresseur. Ledit traitement devait vraisemblablement être poursuivi à vie eu égard aux échecs précédents d'arrêt. L'aggravation de ses nombreuses maladies somatiques (maladie de Crohn, maladie de Verneuil, insuffisance rénale chronique, diabète de type II insulino-dépendant) ainsi que la lourdeur des soins quotidiens (soins de la poche d'ileostomie, soins liés aux fistules vésico-vaginales et de la fesse) avaient affecté l'humeur de l'assurée. Au vu des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi-nulle et empêchait la reprise d'une activité professionnelle régulière de sorte que la Dresse K_____ appuyait la demande de rente entière d'invalidité.

27. Les pièces médicales nouvelles ont été soumises au SMR qui a considéré, dans un avis du 21 mai 2013, que le certificat du Dr H_____ du 3 avril 2013 et celui du Dr F_____ du 16 avril 2013 n'apportaient aucun élément nouveau. Quant au certificat de la Dresse K_____ du 1^{er} mai 2013, il ne contenait aucun élément en faveur d'une aggravation justifiant des prestations de l'assurance-invalidité.
28. Le 27 mai 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'il projetait de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande, étant donné qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait se seraient modifiées de manière substantielle depuis la dernière décision. En réalité, il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.
29. Le 25 juin 2013, le Dr H_____ a contesté le projet de l'OAI, rappelant les principales atteintes de sa patiente, ajoutant en outre que sa patiente souffrait d'arthralgies chroniques et d'une pathologie rénale associant une atrophie rénale gauche sur pyélonéphrite et d'un calcul pyélique droit d'extraction difficile car constitué d'acide urique et dont la dissolution était rendue problématique en raison de l'impossibilité d'alcaniser les urines. La coexistence de ces pathologies multiples entraînait, sur le plan métabolique, une acidose chronique importante, associée à la perte de bicarbonates par l'iléostomie et à l'incapacité de la

compenser. Le Dr H_____ a résumé la situation, en expliquant que sa patiente était confrontée à une multitude de pathologies, entraînant une altération de son état général, associée à une fatigue et à des douleurs résistant à tous les traitements, y compris les anticorps monoclonaux. Il était donc d'avis que l'assurée ne pouvait pas travailler plus de 20%.

30. Le courrier du Dr H_____ du 25 juin 2013 a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 8 juillet 2013, que ce médecin ne faisait que répéter les atteintes de l'assurée et confirmer son évaluation personnelle d'une capacité de travail de 20%. Il n'apportait aucun élément médical permettant de justifier une aggravation de l'état de santé de l'assurée.
31. Par décision du 9 juillet 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 7 mai 2013.
32. Le même jour, l'assurée a adressé à l'OAI un certificat établi par le Dr F_____ en date du 21 juin 2013, expliquant que son médecin était décédé dans la nuit du 20 au 21 juin et qu'elle n'avait pas pu obtenir une copie plus tôt.

Dans ce rapport de consultation, adressé au médecin-conseil de l'OAI, le Dr F_____ expliquait notamment que, depuis 2008, les poussées étaient de plus en plus rapprochées, rendant toute activité professionnelle impossible. Il rappelait par ailleurs que le traitement à base d'Humira n'avait pas été efficace et que, désormais, il n'y avait plus aucun espoir de traitement.
33. Le rapport de feu le Dr F_____ a été soumis au SMR qui a considéré, dans un avis du 11 juillet 2013, que ce médecin ne faisait que confirmer l'atteinte dermatologique de l'assurée, en grande partie similaire, à celle prévalant en novembre 2010. Le fait que le traitement n'avait pas été efficace était signe d'une absence d'amélioration et non pas d'une aggravation.
34. Le 15 juillet 2013, l'OAI a adressé à l'assurée une nouvelle décision, remplaçant celle du 9 juillet 2013, dans laquelle il maintenait son refus d'entrer en matière malgré le rapport précité de feu le Dr F_____.
35. Le 11 septembre 2013, l'assurée (ci-après : la recourante) interjette recours contre la décision du 15 juillet 2013. Après avoir expliqué sa situation, elle conclut à la réalisation d'une expertise.
36. L'OAI (ci-après : l'intimé) répond en date du 10 octobre 2013, persistant dans les termes de sa décision.
37. Sur ce, la cause a été 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^{er} 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.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 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; ATF 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. 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.
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante. En d'autres termes, il convient d'examiner si cette dernière a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé.
6. a) 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. 3 et 4 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. 3 et 4 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 qui a précédemment rendu une décision entrée en force, 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 cons. 2b, 117 V 198 cons. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. 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. 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'article 87 al. 3 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 108 cons. 2b).

b) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 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 lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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 la référence sous note no 27).

c) 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; ATF 109 V 262 consid. 4a).

d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits

(relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008).

7. Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).
8. En l'espèce, il y a lieu de comparer la situation prévalant lors de la précédente décision de refus de prestation, datée du 8 août 2011, et celle existant en juillet 2013.

a) Lors de la précédente décision de refus de prestations, qui remonte au 8 août 2011, l'OAI disposait des rapports suivants :

- Le rapport du 6 octobre 2008 du Dr F_____, dans lequel ce médecin expliquait que lors des poussées de la maladie de Verneuil, la recourante éprouvait des difficultés à se mouvoir et à s'asseoir, avec un impact psychologique considérable, étant toutefois capable de travailler entre 50% et 80%.
- Un rapport du 7 octobre 2008 de la Dresse G_____, dans lequel ce médecin faisait état d'une capacité de travail entre 50% et 80% sans diminution de rendement dans une activité qui n'était pas physiquement éprouvante.
- Le rapport du 2 avril 2009 du Dr F_____, dans lequel il était indiqué que l'état de la recourante était stationnaire depuis juillet 2008, celle-ci travaillant à 100% en dehors des poussées de la maladie de Verneuil, durant lesquelles le rendement était de 0%, en raison des douleurs importantes et d'une grande difficulté à se mouvoir.
- Le rapport du 15 mai 2009 du Dr H_____, qui retenait une capacité de travailler entre 50% et 80% en raison de la fatigabilité accrue due à la multiplicité des problèmes.
- L'expertise du 16 octobre 2009 du Dr I_____, qui considérait que si l'activité d'assistante en pharmacie était exigible à 100%, il existait une diminution de rendement de 20% due à la maladie de Verneuil.
- Le rapport du 30 mai 2011 du Dr F_____, dans lequel ce médecin indiquait que l'état de sa patiente était stationnaire, que l'assurée était capable de travailler à 100% dans son activité en dehors des poussées de maladie de Verneuil.

En cours de procédure, les pièces suivantes avaient encore été produites :

- L'attestation du 7 octobre 2011 de la Dresse K_____ qui confirmait suivre l'assurée depuis novembre 2008, en raison d'une symptomatologie dépressive, dont l'amélioration avait été progressivement favorable.
- L'attestation du 16 novembre 2011 du Dr H_____, qui certifiait que l'état de santé de l'assurée s'était progressivement aggravé durant les vingt-quatre derniers mois, de sorte qu'elle était inapte à travailler dans toute activité.
- Les relevés des absences pour cause de maladie de celle-ci durant les années 2008, 2009 et 2010, dont il ressort que l'assurée avait été absente un peu plus de deux semaines et demi en 2008, près de six semaines et demi à raison de quelques jours durant le premier trimestre, quatre semaines en juin et deux semaines et demi en décembre en 2009, et qu'en en 2010, de janvier à juillet (fin du contrat de travail), elle n'avait pas été absente du tout.
- Les réponses écrites du Dr F_____ du 14 février 2012, qui expliquait notamment que, s'agissant de la maladie de Verneuil, la situation paraissait s'être calmée jusqu'à ce jour, sans savoir si cela était dû aux effets du traitement.

En d'autres termes, lorsque l'OAI avait rendu la précédente décision, il disposait de rapports médicaux faisant état d'une capacité de travail comprise entre 50 et 80%, la diminution étant essentiellement due à la maladie de Verneuil. En outre, les faits démontraient qu'entre 2008 et 2010, l'assurée avait travaillé et qu'elle n'avait présenté que de rares incapacités de travail. Enfin, en cours de procédure, les médecins avaient même fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante sur le plan psychique et d'une stabilisation sur le plan somatique.

b) Lors de la décision du 15 juillet 2013, les pièces médicales dont disposait l'OAI étaient les suivantes :

- Le rapport du Dr H_____ du 2 avril 2013, dans lequel ce médecin faisait état d'un diabète de type II, d'une maladie de Crohn et d'une maladie de Verneuil. L'insuffisance rénale chronique modérée compliquait cette situation avec l'apparition d'une acidose métabolique importante difficile à juguler. Le traitement d'Humira (traitement anti FNT) ajouté au traitement anti-diabétique, au traitement anti-hypertenseur et à la correction métabolique de l'acidose avait pour conséquence une fatigue importante. Pour ce médecin, il semblait légitime que la recourante sollicitait l'aide de l'assurance-invalidité.
- Le certificat du Dr F_____ du 16 avril 2013, dans lequel il rappelait les manifestations de la maladie de Verneuil, précisant en outre que vu le caractère invalidant et permanent de cette maladie et l'utilisation de tous les traitements existant, il lui semblait impossible que la recourante pût reprendre une activité professionnelle dans des conditions normales. Il en allait de même d'une reconversion, qui lui paraissait impossible.

- Le rapport de la Dresse K_____, du 1^{er} mai 2013, dans lequel ce médecin diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), nécessitant un traitement antidépresseur quasi-continu. Elle indiquait en outre qu'au vu des antécédents psychiatriques et des comorbidités somatiques, la probabilité d'une rémission totale des symptômes psychiatriques semblait quasi-nulle et empêchait d'envisager une activité professionnelle régulière.
 - Le rapport du Dr H_____ du 25 juin 2013, dans lequel ce praticien rappelait notamment l'acidose, précisant en outre que celle-ci était associée à une perte de bicarbonates par l'iléostomie et à l'incapacité rénale de la compenser. Pour ce médecin, la recourante était incapable de travailler à plus de 20% en raison de ses atteintes multiples.
 - Le rapport du 21 juin 2013 du Dr F_____, dans lequel il était fait état d'une aggravation depuis 2008 avec des poussées de plus en plus rapprochées.
- d) Au vu de ce qui précède, force est de constater que si certaines atteintes constatées en 2013 sont certes superposables à celles énumérées en 2011, comme cela est notamment le cas de la maladie de Verneuil ou de l'état dépressif, il existe des indices en faveur d'une aggravation, les poussées de la maladie précitée étant de plus en plus rapprochées et l'état dépressif, qualifié de moyen, nécessitant désormais un traitement antidépresseur continu. En outre, il y a eu apparition de nouvelles atteintes : l'acidose, associée à une perte de bicarbonates, avec incapacité de la compenser et les douleurs articulaires. Il existe donc des indices suffisants d'une modification des circonstances entre 2011 et 2013, de sorte que l'OAI devait donc entrer en matière sur la demande de prestations, ce qui ne préjuge pas de la décision sur le fond, et investiguer en ordonnant une expertise ou un examen multidisciplinaire compte tenu des diverses pathologies dont souffre l'assurée.
9. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 15 juillet sera annulée. Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'OAI du 15 juillet 2013 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 7 mai 2013.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction de la demande de prestations du 7 mai 2013 et nouvelle décision.
5. Met un émolument de 200 fr. 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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