

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3467/2017

ATAS/445/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 mai 2018

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée aux AVANCHETS

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, veuve (depuis 2006) et mère de deux enfants, est arrivée en Suisse en 1995 et a travaillé comme femme de chambre et aide de cuisine en 2000 et 2001. En incapacité de travail complète depuis le 24 décembre 2001 en raison de douleurs à la jambe gauche, elle a subi une cure de varices du membre inférieur gauche le 14 janvier 2002 et souffre depuis d'une atteinte neurologique due à cette intervention.
2. Dans un rapport du 7 octobre 2002 à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), le docteur B_____, médecin généraliste, a indiqué que seul l'état après stripping des varices du membre inférieur gauche avait une répercussion sur la capacité de travail, du fait d'une atteinte lésionnelle (motrice et sensitive) du nerf sciatique poplité externe gauche et d'une atteinte lésionnelle (sensitive) possible du nerf saphène externe gauche. En revanche, il existait une série de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, à savoir :
 - cervicalgies sur sténose de la colonne cervicale à la hauteur de C4 ;
 - ostéophytose marginale para-médiane de C7 ;
 - lombalgies chroniques sur scoliose dorso-lombaire sinistro-convexe ;
 - gastrite chronique ;
 - thymie triste ;
 - dépression réactionnelle à la suite de l'opération des varices pratiquée le 14 janvier 2002.

L'activité d'aide de cuisine n'était plus exigible en raison de douleurs à la cheville et à la jambe gauches. De plus, l'assurée était déprimée. L'exercice d'une autre activité lucrative n'était pas exigible pour le moment, en raison des douleurs et de son psychisme.

3. Le 5 octobre 2004, l'assurée s'est soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après : COMAI). Dans leur rapport du 8 décembre 2004, les docteurs C_____, rhumatologue, D_____, psychiatre et psychothérapeute, et E_____, neurologue, ont estimé, après examen somatique, psychiatrique et neurologique que seules les cervico-brachialgies gauches avec possible atteinte C8 sur sténose du foramen C7-D1 gauche constituaient des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Tel n'était cependant pas le cas de l'atteinte iatrogène du sciatique poplité externe (ci-après : SPE) et du nerf saphène externe gauche. À ce niveau en effet, l'assurée présentait au plus de discrètes séquelles d'évolution objectivement favorable et vraisemblablement sans conséquence fonctionnelle. Les douleurs alléguées au niveau du membre inférieur gauche paraissaient quant à elles difficilement explicables par les seuls éléments somatiques. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait

aucune pathologie à retenir, la personnalité pouvait être considérée comme compensée. Une tendance à l'exagération n'était pas exclue, l'assurée restant très fixée sur sa symptomatologie physique. Même si par certains aspects, l'assurée évoquait un trouble somatoforme douloureux (ci-après : TSD), elle n'en remplissait pas tous les critères. Par ailleurs, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ni aucune désinsertion sociale.

Interrogés sur l'influence des troubles sur l'activité d'aide de cuisine et de femme de chambre, les experts ont considéré que la discrète atteinte séquellaire du SPE gauche ne constituait pas une cause d'incapacité de travail significative. En revanche, les altérations dégénératives discovertébrales pluri-étagées, qui pouvaient être à l'origine d'un syndrome radiculaire actuellement essentiellement algique et sensitif C8, contre-indiquaient le port de charges lourdes et une activité nécessitant des positions extrêmes de la nuque. Étant donné que de telles contraintes faisaient partie intégrante de l'activité d'aide de cuisine et de femme de chambre, l'incapacité de travail était de 100 % même s'il existait théoriquement une capacité de travail résiduelle de 50 %. Il convenait en effet d'admettre qu'aucun employeur n'engagerait une femme de chambre ou aide de cuisine incapable d'effectuer des activités lourdes. En revanche, il n'y avait pas de limitation de la capacité de travail au plan psychique, mental ou social. Le début de l'incapacité de travail durable remontait au 14 janvier 2002 et le degré d'incapacité de travail dans les deux activités antérieures n'avait pas changé depuis lors.

Invités à décrire la capacité de travail résiduelle de l'assurée, les experts ont indiqué que dans une activité s'exerçant principalement en position assise et ne nécessitant ni le port de charges lourdes (plus de 10 kg), ni des positions extrêmes prolongées de la nuque, ni des déplacements fréquents sur sol inégal, cette capacité était entière (8 heures par jour), sans diminution de rendement.

4. Par avis du 7 mars 2005, le docteur F_____, médecin SMR, a estimé que l'assurée avait présenté, dans les suites de la cure de varices subie en janvier 2002, mais sans relation avec cette dernière, des cervico-brachialgies gauches qui engendraient une diminution de la capacité de travail de 50 % mais qui rendaient la capacité de travail nulle en définitive, personne n'étant prêt à engager quelqu'un dont les limitations fonctionnelles diminuaient la capacité de travail dans ce genre d'activité. En revanche, la capacité de travail dans une activité adaptée était entière. Pour le surplus, il n'y avait pas d'atteinte à la santé psychique. En effet, le diagnostic de TSD n'avait pas été posé car le tableau ne remplissait pas les critères nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic ; en outre, l'assurée ne présentait pas de repli social ni de comorbidité psychiatrique.
5. Par décision du 19 mai 2005, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente d'invalidité à l'assurée, motif pris que le rapport d'expertise pluridisciplinaire du 8 décembre 2004 avait conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En se référant à l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2002), plus précisément au tableau TA1, ligne « total » pour une femme, l'assurée pouvait

réaliser un revenu de CHF 3'820.- par mois, soit CHF 45'840.- par année. En tenant compte d'une durée normale du travail de 41.7 heures, ce revenu se montait à CHF 47'788.- par année (CHF 45'840.- x 41.7 / 40) puis à CHF 49'120.-, une fois indexé à 2014 selon l'évolution des salaires nominaux (ISS en 2014 : 2'360 et en 2012 : 2'296 ; soit CHF 47'788.- x 2'360 / 2'296). En raison des limitations fonctionnelles, de la possibilité de n'exercer qu'une activité à la fois simple et légère, des aspects psychosociaux (nationalité, intégration sociale, fragilité psychique) et du permis de travail, il convenait d'accorder une réduction supplémentaire de 20 %, ce qui ramenait le revenu annuel brut à CHF 39'296.-. En comparant ce revenu à celui que l'assurée réalisait en tant qu'aide de cuisine en 2001 (CHF 41'600.- ; CHF 43'731.- après indexation à 2004), la perte de gain subie s'élevait à CHF 4'435.- et le degré d'invalidité à 10 %.

6. Le 20 juin 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision et produit un rapport du 17 juin 2005 du docteur G_____, psychiatre, aux termes duquel l'assurée souffrait de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F43.22). Ce médecin suivait l'assurée depuis le 20 janvier 2005 pour ces affections. Cependant, l'évolution n'était pas favorable à ce jour et le pronostic était mauvais. L'assurée était donc incapable de travailler.

L'assurée a également produit un avis médical du 10 juin 2005 du docteur H_____, du service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), consécutif à une consultation donnée le 9 juin 2005. Il en ressortait que l'assurée souffrait depuis sept à huit mois d'une cervicalgie chronique avec apparition subséquente d'une cervico-brachialgie droite de territoire C6. Selon la description de l'assurée, cette douleur à droite avait à nouveau disparu mais cédé la place, depuis quatre jours, à une brachialgie gauche dans le même territoire, irradiant dans la face latérale de l'avant-bras et des deux premiers doigts de la main droite. L'examen clinique avait objectivé un syndrome vertébral cervical modéré en l'absence de déficit sensitivo-moteur aux membres supérieurs. Un CT-scan réalisé le 31 mai 2005 avait mis en évidence une hernie discale molle et dure C4-C5 gauche avec des protrusions multi-étagées. À la lumière de cet examen neurologique, le Dr H_____ a proposé un traitement conservateur par prise de cortisone, mise en place d'une collerette mousse et éventuelle infiltration C4-C5 et C5-C6 à gauche. Aucune sanction chirurgicale n'était prévue.

7. Par avis du 27 avril 2006, le SMR a estimé que le rapport du 10 juin 2005 du Dr H_____ ne modifiait pas les limitations fonctionnelles retenues par les experts du COMAI et ne changeait donc rien à l'exigibilité de l'exercice d'une activité adaptée. Quant au rapport du 17 juin 2005 du Dr G_____, il faisait état d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité d'une durée et d'une sévérité importante. Selon la jurisprudence, cette atteinte n'était donc pas incapacitante du point de vue de l'assurance-invalidité.

8. Par décision du 12 juillet 2006, l'OAI a rejeté l'opposition. Non contestée dans le délai de recours, cette décision est entrée en force.
9. Le 6 novembre 2007, l'assurée a déposé une nouvelle demande auprès de l'OAI.
10. Par courrier du 7 novembre 2007, l'OAI a invité l'assurée à lui faire parvenir tous documents utiles qui pourraient motiver une nouvelle instruction du cas. Il l'a également avertie qu'en l'absence d'un fait nouveau permettant de reconsidérer ses droits au-delà du 12 juillet 2006, il ne serait vraisemblablement pas possible d'entrer en matière sur son cas.
11. Dans un rapport du 8 avril 2008, le docteur I_____, psychiatre traitant de l'assurée depuis janvier 2007, a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail :
 - difficultés liées à l'acculturation Z 60.3 ;
 - réaction de deuil compliquée (mélancoliforme) F43.3 ;
 - status post cure de varices compliqué par une atteinte iatrogène « avec conflit devant la justice » ;
 - troubles d'adaptation avec réaction dépressive de longue durée F43.21 ;
 - désaccord avec conseillers.
12. Le 4 novembre 2008, l'assurée s'est rendue, à la demande de l'OAI, auprès du docteur J_____, psychiatre, en vue d'une expertise psychiatrique. Dans son rapport du 29 novembre 2008, ce médecin a posé le diagnostic de trouble de l'adaptation récidivant, en évolution, de type réactions dépressives prolongées (F43.21). Présent par période depuis 2003 et actuellement en évolution, ce trouble psychique ne diminuait pas la capacité de travail. En revanche, il existait des facteurs sociaux, financiers, culturels et de langage qui diminuaient la capacité d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. L'expert a ajouté que si l'on voulait éviter une évolution pathologique du trouble de l'adaptation vers une dépression chronique ou vers un syndrome somatoforme douloureux, il était important de mettre en place des mesures de formation de base (cours de langue par exemple) puis une aide concrète (études, formation) pour une réadaptation professionnelle.
13. Par avis du 20 janvier 2009, le docteur K_____, médecin SMR, a estimé que d'un point de vue somatique, il n'y avait aucun élément nouveau par rapport à l'avis SMR du 7 mars 2005 du Dr F_____. D'un point de vue psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte incapacitante.
14. Par projet de décision du 2 février 2009, confirmé le 21 avril 2009, l'OAI a rejeté la demande de prestations en renvoyant aux conclusions du Dr K_____. Par conséquent, la capacité de travail de l'assurée restait totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques déjà retenues en 2005. Non contestée, la décision du 21 avril 2009 est entrée en force.

15. Par communication du 3 juin 2009, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'une aide au placement était impossible pour le moment, notamment parce qu'elle était sous certificat médical d'incapacité à 100 % pour une durée indéterminée, ce depuis plusieurs années, et qu'en l'absence de preuves de recherches d'emploi et de disponibilité à rechercher un emploi (« je ne suis pas prête »), la demande d'aide au placement semblait être un moyen détourné d'obtenir une formation en français qu'elle n'avait pas réussi à obtenir de la part d'autres institutions.
16. Le 13 septembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
17. Par certificat du 12 octobre 2010, la doctoresse L_____, psychiatre et psychothérapeute, a attesté que l'assurée présentait un état dépressif qui se péjorait depuis la fin de l'année 2009. Elle bénéficiait d'une psychothérapie et d'un traitement antidépresseur, qu'elle prenait régulièrement. En raison de l'évolution défavorable de sa pathologie, une hospitalisation à la clinique de Montana aurait lieu prochainement. Elle présentait une incapacité de travail de 100 % pour une durée indéterminée.
18. Par avis du 3 novembre 2010, le docteur M_____, médecin SMR, a estimé que le certificat du 12 octobre 2010 de la Dresse L_____ n'apportait aucun élément médical nouveau par rapport au rapport d'expertise du 29 novembre 2008 du Dr J_____.
19. Par projet de décision du 16 novembre 2010, confirmé le 10 janvier 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 13 septembre 2010. Non contestée, la décision du 10 janvier 2011 est entrée en force.
20. Le 19 juillet 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en précisant qu'elle souffrait de douleurs en bas du dos et dans la nuque et d'un problème de hernie discale. S'y ajoutait une dépression.
21. Par pli du 23 juillet 2013, l'OAI a invité l'assurée à lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible qu'une aggravation de son état de santé s'était produite depuis la dernière décision. Il était précisé qu'il serait notamment utile de fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (capacité de travail résiduelle, limitations fonctionnelles). L'assurée n'a pas donné suite à ce courrier.
22. Par projet de décision du 20 septembre 2013, confirmé le 28 octobre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande du 19 juillet 2013. Non contestée, la décision du 28 octobre 2013 est devenue définitive.
23. Le 5 janvier 2017, le service de protection de l'adulte a informé l'OAI que le Tribunal de protection de l'adulte et de l'enfant avait institué une mesure de curatelle en faveur de l'assurée par ordonnance du 7 novembre 2016. Aux termes de ladite ordonnance, les curateurs désignés étaient notamment chargés de

représenter l'assurée dans ses rapports avec les tiers, en particulier en matière d'affaires administratives et juridiques, et de gérer ses revenus et biens.

24. Le 27 mars 2017, l'assurée, représentée par sa curatrice, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en indiquant qu'elle avait travaillé en qualité de nettoyeuse à 20 % du 1^{er} janvier au 31 mars 2016 au service d'une permanence médicale située à P_____ (FR). Un curriculum vitae, produit en annexe, mentionnait également des activités d'aide à domicile (de 2002 à 2013) et d'employée de nettoyage dans une banque genevoise (de 2011 à 2013).
25. Dans un rapport du 19 avril 2017, le docteur N_____, spécialiste en médecine générale, a mentionné en cinq points les pathologies dont souffrait l'assurée. Il s'agissait, premièrement, de lombalgies chroniques avec hernies discales au niveau L3-L4 et L4-L5 ainsi que des cervicalgies chroniques existant de longue date et limitant ses capacités dans n'importe quelle activité physique. Il y avait lieu de relever à cet égard qu'en 2015, alors qu'elle séjournait à Berne, l'assurée avait présenté une accentuation de ses douleurs cervico-brachiales droites, raison pour laquelle un bilan radiologique avait été effectué, lequel avait révélé la présence d'une hernie discale C6-C7 avec des brachialgies dans le bras gauche ainsi que des protrusions discales C4-C5 et C5-C6. Actuellement, la symptomatologie douloureuse était jugulée par une thérapie médicamenteuse et par de la physiothérapie, mais il était prévu que l'assurée soit réévaluée sur le plan neurochirurgical. Elle présentait aussi bien une limitation au niveau de la mobilité du rachis cervical, ainsi que du rachis dorsal au niveau D4-D8 et de tout le rachis lombaire. Dans ce contexte, elle était incapable d'effectuer des travaux physiques, notamment de soulever des charges, ou des mouvements répétitifs nécessitant la position stationnaire debout ou des mouvements (marche, changement de position). Elle n'arrivait actuellement pas à effectuer de travaux de ménage. L'assurée souffrait également d'un état anxio-dépressif chronique, d'un reflux gastro-œsophagien chronique. S'agissant de cette dernière pathologie, une tentative d'éradication de l'hélicobacter pylori avait échoué à plusieurs reprises, raison pour laquelle l'assurée présentait régulièrement des irritations œsogastriques. De ce fait, des activités nécessitant de se pencher en avant ou provoquant un stress intense n'étaient pas envisageables car elles entraîneraient une augmentation du reflux gastro-œsophagien. À ces maux s'ajoutaient des douleurs abdominales importantes qui avaient rendu nécessaire une hospitalisation en 2015. Dans ce contexte, des iléites érosives, à l'étiologie inexpiquée à ce jour, avaient été mises en évidence. Le Dr N_____ a précisé à ce propos qu'il était probable que le stress jouait également un rôle dans l'apparition de ces symptômes et que l'assurée présenterait probablement des arrêts de travail à répétition dans le contexte d'un stress professionnel. Enfin, l'assurée présentait également, depuis février 2017, une pollakiurie avec dysurie et incontinence urinaire (actuellement en cours d'investigation) dont le traitement actuel n'avait pas permis d'amélioration. Ce problème limitait également les capacités professionnelles de l'assurée. En

conclusion, le Dr N_____ a estimé qu'au vu de ces différentes problématiques médicales, il n'était actuellement pas envisageable que l'assurée puisse entreprendre une activité professionnelle. Aussi lui paraissait-il nécessaire de réexaminer son cas en vue d'une réévaluation du degré d'invalidité.

26. Par avis du 9 mai 2017, la docteure O_____, médecin auprès du SMR, a estimé que les atteintes rapportées par le Dr N_____ avaient soit été déjà prises en compte précédemment par le SMR (lombalgie sur hernie discales L3-L4 et L4-L5, cervico-brachialgie sur hernie discale C6-C7, état anxio-dépressif), soit n'entraînaient pas de répercussion durable sur la capacité de travail (reflux gastro-œsophagien, douleur abdominale sur iléites érosives, pollakiurie avec incontinence urinaire). Le Dr N_____ mettait également en avant des facteurs non médicaux tels que la barrière de la langue et la capacité d'apprendre une nouvelle formation. Au vu de ces éléments, une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.
27. Par projet de décision du 10 mai 2017, confirmé le 20 juin 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 27 mars 2017, motif pris qu'il n'y avait pas de changement notable dans l'état de santé de l'assurée depuis la dernière décision.
28. Le 22 août 2017, l'assurée, représentée par une de ses deux co-curatrices, a interjeté recours contre la décision du 20 juin 2017, concluant principalement à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'intimé de reprendre l'instruction du dossier, si besoin au moyen d'une expertise permettant de confirmer l'existence d'un TSD.

À l'appui de ses conclusions, la recourante a produit une attestation du 17 août 2017 par laquelle le Dr N_____ certifiait que cette dernière remplissait les critères d'un TSD. Elle était connue pour un état anxio-dépressif chronique et présentait des douleurs diffuses au niveau cervical, dorsal droit et lombaire. Elle présentait également des douleurs abdominales diffuses avec des troubles de la miction. La plupart de ses symptômes étaient invalidants et l'empêchaient d'envisager une activité professionnelle.

La recourante a également produit un courrier du 18 août 2017 de sa psychiatre traitante, la Dresse L_____, indiquant qu'au vu du dossier AI, les symptômes manifestés pouvaient correspondre à un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Aussi était-il souhaitable, selon ce médecin, de procéder à une réévaluation de l'état de l'intéressée afin de confirmer ou infirmer ce diagnostic.

La recourante a fait valoir que même si le COMAI avait finalement écarté le diagnostic de TSD dans son rapport d'expertise du 8 décembre 2004, parce que l'ensemble des critères inhérents à ce trouble n'étaient pas remplis (notamment du fait de l'absence de comorbidité psychiatrique et de désinsertion sociale), l'expert psychiatre J_____ n'en avait pas moins fait état, quatre ans plus tard, d'un risque d'évolution pathologique du trouble de l'adaptation vers une dépression chronique

ou un syndrome somatoforme douloureux. Or, force était de constater, en se fondant sur les rapports médicaux annexés au recours, que le risque de développement d'un syndrome somatoforme douloureux s'était matérialisé avec le temps (cf. l'attestation du 17 août 2017 du Dr N_____) ou que les symptômes actuels pouvaient à tout le moins correspondre à ce diagnostic (cf. courrier du 18 août 2017 de la Dresse L_____). Il ne faisait ainsi aucun doute que l'état de santé de la recourante s'était aggravé.

29. Par réponse du 19 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Lorsque la question litigieuse était de savoir si l'administration aurait dû entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, l'examen du juge était limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise du dossier. En conséquence, les pièces médicales produites à l'appui du recours du 22 août 2017 ne devaient pas être prises en considération. Pour le reste, il convenait d'admettre, sur la base de l'avis SMR du 9 mai 2017, que les pièces produites en procédure administrative n'avaient pas rendu plausible une aggravation de l'état de santé qui aurait justifié la reprise de l'instruction du dossier de la recourante.
30. Par réplique du 18 octobre 2017, la recourante a soutenu qu'une décision de non-entrée en matière n'était par principe pas déterminante pour déterminer le point de départ temporel de l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Ainsi, il ne fallait pas prendre en considération la décision de non-entrée en matière du 28 octobre 2013 mais la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente, à savoir celle du 21 avril 2009. Celle-ci déterminait le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité. Sur le fond, la recourante a fait valoir que cette décision se fondait essentiellement sur l'expertise psychiatrique du Dr J_____, tout en relevant que la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux avait connu un revirement en 2015 avec l'introduction de nouveaux critères. Or, c'était à la lumière de ces derniers que l'attestation du 17 août 2017 du Dr N_____ constatait le caractère invalidant du TSD de la recourante.
31. Par duplique du 7 novembre 2017, l'intimé a relevé qu'il avait bien comparé les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente, soit celle du 21 avril 2009, et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse, cela ressortait de l'avis SMR du 9 mai 2017 qui précisait que les atteintes relevées par le Dr N_____ dans son rapport du 19 avril 2017 avaient soit déjà été prises en compte par le SMR précédemment (lombalgie sur hernie discale L3-L4 et L4-L5, cervico-brachialgie sur hernie discale C6-C7, état anxio-dépressif), soit n'entraînaient pas de répercussion durable sur la capacité de travail. Quoi qu'il en soit, pour le juge des assurances sociales, la question de savoir s'il y avait lieu de reprendre l'instruction du dossier devait être tranchée uniquement sur la base des pièces déposées en procédure administrative.

32. Invitée à faire part de ses éventuelles observations, la recourante a fait savoir le 1^{er} décembre 2017 que la dernière écriture de l'intimé n'appelait pas de commentaire particulier et qu'elle persistait, pour sa part, à conclure à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
33. Le 4 décembre 2017, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimé pour information.
34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).

Selon l'art. 38 al. 4 let. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, les délais en jours ou mois fixés par la loi ou par l'autorité compétente ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement.

Suite à la notification de la décision querellée le 21 juin 2017, le délai de recours, de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA), a commencé à courir le lendemain. Suspendu du 15 juillet au 15 août 2017, il a repris son cours le 16 août et est arrivé à échéance le 22 août 2017. Posté le dernier jour du délai, le recours a été interjeté en temps utile. Cet acte satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

- c. Son recours sera donc déclaré recevable, sous réserve de ce qui suit.
2. a. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la

mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

b. L'objet de la contestation, déterminé en l'espèce par la décision du 20 juin 2017, porte sur le point de savoir si l'intimé était en droit de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée le 27 mars 2017. Dès lors que le litige ne porte que sur le bien-fondé de la décision de non-entrée en matière, les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité sont irrecevables.

3. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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).

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 et 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).

b. 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. 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 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).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} 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 (cf. 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. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués.

d. L'examen du juge se limite ainsi 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), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la

décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

e. 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. a. En l'occurrence, se pose donc principalement la question de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse, soit le 20 juin 2017, a rendu plausible une aggravation de son état de santé, survenue depuis le 21 avril 2009, date à laquelle l'intimé a rejeté une précédente demande de prestations après instruction médicale du cas. À cette époque, l'intimé s'était fondé sur les conclusions du Dr K_____, médecin SMR, lequel avait estimé que d'un point de vue somatique, aucun élément nouveau n'était à signaler par rapport à l'avis du 7 mars 2005 du Dr F_____, médecin SMR lui aussi. D'un point de vue psychiatrique, le Dr K_____ avait considéré sur la base du rapport d'expertise du 29 novembre 2008 du Dr J_____ qu'il n'y avait pas d'atteinte incapacitante d'un point de vue psychiatrique. Faisant sien l'avis SMR du 9 mai 2017, l'intimé a motivé sa décision de non-entrée en matière du 20 juin 2017 par le fait que les atteintes relevées par le Dr N_____ n'entraînaient pas de répercussions durables sur la capacité de travail (reflux gastro-œsophagien, douleur abdominale sur iléites érosives, pollakiurie avec incontinence urinaire) ou avaient déjà été prises en compte précédemment par le SMR (lombalgie sur hernie discales L3-L4 et L4-L5, cervico-brachialgie sur hernie discale C6-C7, état anxio-dépressif). Datant du 9 mai 2017, cette dernière affirmation du SMR est manifestement inexacte. À l'époque de la dernière décision reposant sur une instruction médicale du cas, soit le 21 avril 2009, le Dr K_____ estimait en effet que les atteintes d'ordre ostéo-articulaire se résumaient à celles retenues par le Dr F_____ sur la base du rapport d'expertise du 8 décembre 2004 du COMAI, à savoir des cervico-brachialgies gauches avec possible atteinte C8 sur sténose du foramen C7-D1 à gauche. Comme on peut le constater, il n'était nullement question, dans l'avis du 20 janvier 2009 du Dr K_____, de lombalgies chroniques avec hernies discales au niveau L3-L4 et L4-L5, ni de limitations au niveau de la mobilité du rachis dorsal au niveau D4-D8 et de tout le rachis lombaire. En outre, on ne saurait considérer que ces troubles rapportés par le Dr N_____ le 19 avril 2017 ne rendraient pas à tout le moins

plausible une aggravation de l'invalidité survenue après la décision du 21 avril 2009 puisque ce médecin considère, sur la base des diagnostics ostéoarticulaires qu'il énumère, que la recourante est incapable d'accomplir des travaux physiques, notamment de soulever des charges ou d'effectuer des mouvements répétitifs nécessitant la position stationnaire debout ou des mouvements (marche, changement de position). Enfin, ce médecin, ainsi que la Dresse L_____, rendent également plausible que le risque de développement d'un TSD, évoqué par l'expert psychiatre J_____ en novembre 2008, s'est désormais matérialisé. À cet égard, l'intimé a beau dire que l'examen du juge serait limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier, il n'en demeure pas moins que les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse peuvent également être pris en compte s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (cf. ci-dessus : consid. 3d). Or, dans le cas d'espèce, ni le Dr N_____ ni la Dresse L_____ ne font état, dans leurs rapports du 17, respectivement 18 août 2017 de symptômes de TSD qui se seraient manifestés seulement après la décision du 20 juin 2017. Au contraire, le Dr N_____ motive son diagnostic de TSD en faisant référence à des symptômes (état anxio-dépressif chronique, douleurs diffuses au niveau cervical, dorsal, lombaire et abdominal, troubles de la miction) qu'il mentionnait déjà dans son rapport du 19 avril 2017. La question de savoir s'il aurait fallu que ce médecin indique déjà dans ce rapport – ou au plus tard au moment de la décision litigieuse – que les critères d'un TSD étaient désormais remplis selon lui, souffre de toute manière de rester indéfinie dès lors que cette interprétation diagnostique – qu'il appartiendra à l'intimé de clarifier après reprise de l'instruction médicale – se rattache à un même complexe de faits pour lequel, on l'a vu, une aggravation de l'état de santé a déjà été rendue plausible via le rapport du 19 avril 2017.

b. Dans ces conditions, l'intimé ne pouvait nier que la recourante avait au moins rendu plausible que son invalidité s'était aggravée postérieurement à la décision du 21 avril 2009 de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI), ce qui aurait justifié un nouvel examen du cas (art. 87 al. 3 RAI).

5. Pour ce motif, le recours sera admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la demande du 27 mars 2017, reprenne l'instruction médicale du dossier et rende ensuite une nouvelle décision.
6. Selon la jurisprudence, un assuré représenté gratuitement par une institution publique d'assistance ne peut prétendre à des dépens devant l'autorité judiciaire cantonale, faute de justification économique. Contrairement aux représentants relevant d'organismes tels que l'Association suisse des invalides, le Service juridique de la Fédération suisse pour l'intégration des handicapés ou Pro Infirmis, une telle institution ne tire en effet pas ses ressources des cotisations ou du soutien financier de ses membres, mais essentiellement de subventions étatiques destinées à lui permettre de mener à bien sa fonction d'organisme d'assistance publique

(ATF 126 V 11 consid. 2 et 5). Représentée par sa curatrice, salariée d'une administration publique, il ne lui sera donc pas alloué de dépens. D'ailleurs la représentante du recourant n'y a, à juste titre, pas conclu.

7. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- au vu du sort du recours.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare recevable le recours en tant qu'il conclut à la reprise de l'instruction du dossier.
2. Le déclare irrecevable pour le surplus.

Au fond :

3. Admet le recours dans la mesure où il est recevable.
4. Annule la décision du 20 juin 2017 et renvoie la cause à l'intimé pour reprise de l'instruction médicale du cas et nouvelle décision.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Marie NIERMARÉCHAL

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