

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3561/2009

ATAS/1206/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 décembre 2011

8^{ème} Chambre

En la cause

Madame S_____, domiciliée à Onex, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Daniel VOUILLOZ

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Laurence CRUCHON, Présidente suppléante ; Norbert HECK et Luis
ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. En date du 8 avril 2003, S _____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née le 20 avril 1957, originaire de Croatie, a déposé une demande de prestations AI pour adulte.
2. Elle a alors indiqué se trouver en incapacité de travail à 100 %, en raison d'une maladie, depuis le 20 mai 2002.

Elle a indiqué être suivie par le Dr A _____, depuis le mois de juin 2001.

3. Le questionnaire de l'employeur rempli le 30 avril 2003 mentionne que l'assurée travaillait à cette époque pour l'hôtel Bernina, en tant que fille de cuisine, à 100 %.
4. De nombreux rapports médicaux sont contenus au dossier rassemblé par l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI).
5. Le rapport établi par le Dr B _____, spécialiste FHM en cardiologie, le 13 juin 2001, adressé au Dr A _____, spécialiste FMH en médecin interne et rhumatologie, indique suite à une échocardiographie, que l'assurée présente un signe de dysfonction diastolique du ventricule gauche dû à la haute tension artérielle. Cette problématique doit être surveillée et une bithérapie engagée.
6. Le rapport établi par le Dr C _____, spécialiste FMH en neurologie, le 21 juin 2001, adressé au Dr A _____, indique que depuis fin 2000, l'assurée a présenté plusieurs crises violentes de maux de tête, ce qui a entraîné des absences au travail. Ces crises duraient plusieurs heures, apparaissant souvent en fin de nuit et s'accompagnant de nausées et vomissements.

Après l'examen neurologique électro-clinique effectué, le Dr C _____ indique que la situation est normale. Les maux de tête paroxystiques violents accompagnés de nausées et vertiges paraissent assez typiques d'une vraie migraine, dont l'apparition a été favorisée par un état de tension nerveuse qui remonte à quelques années. Le médecin n'a pas d'argument en faveur d'une pathologie lésionnelle et des investigations neuroradiologiques ne lui paraissent pas nécessaires. En ce qui concerne le traitement, il propose l'instauration d'une médication psychotrope, sous forme de Deroxat, et à la place de l'Indéral, mal toléré par la patiente, il suggère d'essayer du Trasicor, ainsi que l'Immigran, pour les crises violentes de migraines.

7. Un rapport établi le 3 juin 2002 par le Dr D _____, chef de clinique, et la Dresse E _____, médecin interne, auprès du Département de médecine interne de l'Hôpital cantonal de Genève (ci-après : HUG) indique que l'assurée a séjourné aux soins intensifs de médecine du 25 mai 2002 au 26 mai 2002, puis dans

le service de clinique de médecine II jusqu'au 31 mai 2002, pour une embolie pulmonaire passive quadrilobaire.

Les confrères angiologues ont proposé une anti-coagulation efficace stricte avec contrôle rapproché durant une année, les facteurs de risques étant des problèmes de coagulation, en relation également avec une contraception orale.

8. Le rapport établi le 18 juin 2002 par le Dr A_____, adressé à l'employeur de l'assurée, indique que cette dernière a souffert d'une embolie pulmonaire massive quadrilobaire, s'étant stabilisée depuis sa sortie de l'hôpital au début du mois. Cependant, son état psychique s'est détérioré, avec l'accentuation des céphalées et des vertiges, dans le contexte d'un état dépressif chronique.
9. Dans le rapport établi par le Dr A_____ le 18 juin 2002, adressé à l'OAI, ce médecin indique que l'atteinte à la santé entraîne une incapacité de travail de 100 % en l'état. La reprise de travail n'est pas encore exigible, elle serait envisageable dès l'automne 2003, à 80 % éventuellement.

Il faudra tenir compte d'une diminution de rendement, non évaluée.

La capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent peut être améliorée, sans indication précise. Le médecin s'interroge sur le fait qu'on puisse exiger de l'assurée d'exercer une autre activité.

Il indique qu'il y a lieu de tenir compte de la persistance des troubles psychiques.

10. Dans son rapport établi le 5 juillet 2002, le Dr. C_____, indique que l'examen neurologique reste normal. L'assurée présente toujours un état dépressif anxieux. Les maux de tête sont actuellement mixtes à la fois tensionnels et migraineux. Quant aux troubles vertigineux, il les mettrait sur le compte de l'anxiété qui reste importante. Le médecin n'a aucun argument clinique en faveur d'une atteinte lésionnelle vestibulaire ou cérébelleuse cliniquement. La patiente présente en outre un syndrome variqueux important des membres inférieurs et une ébauche de platybodye qui pourrait expliquer les douleurs au niveau des jambes et des pieds. Il n'a aucun examen particulier à proposer. En ce qui concerne le traitement, il propose la mise en route d'une médication anxiolytique et antidépressive, sous forme de Sypralex, ainsi que du Vénoruton Forte, du Relpax, en cas de crises migraineuses. On pourrait éventuellement réinstaurer dans un deuxième temps un bêtabloquant pour le problème de la tension artérielle et les tachycardies fréquentes dont se plaint la patiente.
11. Le rapport établi par le Dr B_____, le 6 mars 2003, après une échocardiographie, indique un status post embolie pulmonaire, ainsi qu'une dyspnée à l'effort, une absence de flux pathologique détectée au niveau des valves, ainsi que la normalité de taille et fonction systolique du ventricule gauche.

Le médecin préconise de continuer l'anti-coagulation.

12. Le rapport établi par les médecins responsables de la Clinique de Delémont le 10 avril 2003, adressé au Dr F_____, pneumologue FMH, indique que l'assurée a séjourné dans la division de médecine interne du 30 mars 2003 au 1^{er} avril 2003. Les diagnostics posés sont migraines, hypertension artérielle, ainsi que status post embolie pulmonaire en mai 2002, anti-coagulée. Suite à un scanner cérébral effectué le 30 mars 2003, les médecins indiquent que la situation est normale. Le traitement doit continuer sous Pro-Dafalgan et analgésiques AINS, du Brufen 400 mg 3 fois par jour lui ayant été prescrit.
13. Le rapport établi par la Dresse G_____, cheffe de clinique, et le Dr H_____, médecin interne, auprès de l'Unité d'hémostase des HUG, le 8 mai 2003, adressé au Dr A_____, indique que le bilan des anticorps anti-phospholipides est dans la norme. L'accident trombo-embolique présenté par l'assurée peut être attribué à une mutation du facteur II, à savoir de coagulation, associé à la prise d'une contraception orale. Le traitement ayant été stoppé, les médecins proposent d'arrêter le Sintrom, après une année de traitement, comme prévu. Tout traitement hormonal est à proscrire. De plus, au vu des antécédents, une prophylaxie anti-thrombotique est indiquée dans toutes les situations à risques (par exemple, long voyage etc.).
14. Dans son expertise médicale du 9 mai 2003 adressée à l'assureur perte de gain maladie de l'employeur de l'assurée, le Dr I_____, spécialiste FMH en médecine interne, pose comme diagnostics un épisode anxio-dépressif persistant, avec probables attaques de paniques, des symptômes somatiques multiples en relation avec la maladie psychique, des céphalées chroniques de type mixte (tensionnelle et migraineuse) et un status après embolie pulmonaire massive en mai 2002.

L'expert indique qu'il n'y a plus de cause somatique aux multiples plaintes de l'assurée, laquelle présente un état dépressif d'intensité moyenne. Il devient important de lutter contre l'inactivité complète et la régression qui n'ont pas de justification physique et sont néfastes sur le plan psychique. Ceci pose la question de l'utilité d'un séjour de réadaptation, étant précisé que la prise en charge des personnes avec douleurs multiples est notoirement difficile et généralement vouée à l'échec, aucun centre de réadaptation psychiatrique n'existant pour ce genre de pathologie en Suisse romande. Il faut donc envisager d'autres mesures pour ne pas laisser l'assurée dans son état de régression actuel car les maladies dont elle souffre ne justifient en principe pas une invalidité.

S'agissant de la capacité de travail, il indique que l'arrêt à 100 % peut se prolonger jusqu'au mois d'août 2003. A partir du mois de septembre, seule une incapacité de 50 % doit être admise. Au vu de l'évolution des symptômes, il est probable que l'on

s'achemine vers une maladie de longue durée qui ne permette pas d'imposer une reprise complète de travail.

15. Le rapport médical établi le 16 mai 2003 par le Dr A_____, indique que ce dernier suit l'assurée depuis le 28 mai 2001. A titre de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, il mentionne : état dépressivo-anxieux chronique d'intensité moyenne avec probables attaques de panique, troubles somatiques divers mal systématisés, principalement en relation avec sa maladie psychique, céphalées chroniques d'origine mixte (tensionnelle et vraie migraine), status après embolie pulmonaire massive en mai 2002.

A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne : hypertension artérielle labile, rachialgies diffuses consécutives aux troubles statiques, douleurs aux membres inférieurs sur état variqueux bilatéral et troubles statiques des pieds.

L'incapacité de travail est reconnue à hauteur de 100 % dès le 20 mai 2002 par le médecin.

L'état de santé est stationnaire.

Le médecin pense que des mesures professionnelles seraient indiquées, mais ni des mesures médicales, ni des moyens auxiliaires n'amélioreraient la capacité de travail.

L'assurée n'a pas besoin de l'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Le médecin s'interroge sur le fait qu'un examen médical complémentaire soit nécessaire.

Le Dr A_____ indique que l'anamnèse est très longue et qu'il s'en tiendra aux plaintes actuelles. L'assurée accuse une fatigabilité accrue au moindre effort. Les palpitations, dyspnée, vertiges et malaises surviennent d'une manière imprévisible dès qu'elle marche un peu vite et même parfois au repos. Elle déclare continuer à avoir très mal au dos et aux membres inférieurs. Selon les déclarations de l'assurée, même à la maison, elle ne peut pas s'occuper de son ménage, car déjà le matin au réveil, elle se sent extrêmement fatiguée. Son mari et ses deux filles effectuent la plupart des travaux ménagers. A la marche, elle se plaint également de douleurs aux genoux, lesquels lâchent à cause de la fatigue. Les maux de tête sont constants. Lors des crises violentes intervenant une à deux fois par mois, l'assurée a tellement mal qu'elle doit rester couchée en attendant que cela passe, avec la prise de médicaments. Elle se sent toujours déprimée, paniquée, vit dans une peur constante d'une nouvelle embolie pulmonaire. Elle estime n'être pas capable de faire quoi que ce soit dans son état actuel. Le médecin indique qu'il a

personnellement l'impression que l'état dépressivo-anxieux et les attaques de panique vont certainement encore augmenter, dès la fin de la prise de Sintrom, prévue prochainement.

Il indique qu'il partage entièrement l'avis du Dr K_____, à savoir qu'il est très important de lutter contre l'inactivité complète et la régression dans laquelle l'assurée se trouve actuellement. Il est très difficile de définir une activité professionnelle idéale et il faudra se déterminer sur la capacité à la reprise de travail, dans l'activité exercée avant mai 2002.

16. Le rapport médical concernant les capacités professionnelles établi le 16 mai 2003 par le Dr A_____, à l'attention de l'OAI, indique les limitations fonctionnelles que celui considère pour sa patiente. Celle-ci pourrait reprendre une activité à 50 % dès l'automne 2003, en tant qu'aide de cuisine, la motivation pour la reprise du travail ou un reclassement professionnel étant signalées comme faibles et un absentéisme prévisible comme important.

17. Le rapport médical établi le 10 septembre 2003 par le Dr L_____, psychiatre, adressé à l'OAI, indique comme diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail : troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), status après embolie pulmonaire massive en mai 2002, rachialgies diffuses consécutives aux troubles statiques (le trouble anxieux et dépressif mixte existant depuis plusieurs années).

Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont les suivants : céphalées chroniques de type mixte (tensionnelle et migraineuse) et hypertension artérielle.

Selon ce médecin, l'état de santé de l'assurée est stationnaire, aucune mesure médicale, mesure professionnelle, moyen auxiliaire ne sont à envisager. L'assurée n'a pas besoin d'aide d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. La Dresse L_____ indique avoir suivi l'assurée depuis le 11 juillet 2002, le dernier examen effectué datant du 4 septembre 2003. Le suivi consiste en des entretiens assez réguliers et un traitement antidépresseur qui n'a pu être instauré de manière régulière, la patiente présentant des effets secondaires. Les constatations objectives exprimées par le médecin sont que la patiente se montre apathique, la patiente est très anxieuse. Son humeur est normo-thymique. Elle se plaint de fatigue, de douleurs dans différentes parties du corps et semble encore très éprouvée par son séjour aux soins intensifs des HUG, craignant toujours que cela se répète.

18. Selon ce médecin, l'activité exercée précédemment est exigible, à 50 % pour ce qui concerne les problèmes de santé psychique avec une diminution de rendement évaluée à 50 %.

19. Après une enquête ménagère effectuée, le degré d'invalidité considéré a été retenu à 85 % et à compter du 1^{er} septembre 2003, à hauteur de 48 %.
20. Par décision du 19 août 2004, l'OAI a informé l'assurée qu'une rente entière d'invalidité lui était octroyée du 20 mai 2003 au 30 novembre 2003 et un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2003.
21. Par courrier du 14 avril 2005, l'assurée a informé la caisse de compensation compétente qu'elle renonçait à son droit à la rente AI, de sorte que la rente d'invalidité et les rentes complémentaires versées pour elle-même et les enfants, versées mensuellement à son mari, lui-même rentier AI, restaient identiques.
22. Du 15 mai au 14 juin 2006, l'assurée a effectué un stage en atelier socioprofessionnel, sur demande de l'Office cantonal de l'emploi. Ce stage a été effectué à mi-temps, soit durant l'après-midi, pendant 3 heures. Il y a eu des interruptions en cours de journée, environ une fois par semaine, pour cause de violentes migraines.

Les maîtres socioprofessionnels, le Dr M_____ et N_____,
techniciens responsables, ont conclu que l'assurée est inapte au placement.

23. Par décision du 10 août 2006, l'Office cantonal de l'emploi a rendu une décision d'inaptitude au placement de l'assurée, qui s'était inscrite auprès de cet office en présentant une demande d'indemnités de chômage le 6 juillet 2006.
24. En date du 3 janvier 2007, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations AI pour adulte. Elle a sollicité la révision des prestations, suite à la décision rendue par l'OCE le 10 août 2006.
25. Par projet de décision du 1^{er} mars 2007, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il refusait d'augmenter la rente, à savoir un quart de rente, basée sur un taux d'invalidité de 48 %, depuis le mois de septembre 2003.

Les documents médicaux apportés n'avaient pas permis de déterminer une éventuelle aggravation de l'état de santé.

26. Par décision du 5 avril 2007, l'OAI a refusé d'augmenter la rente, faisant suite à son projet, auquel aucune suite n'a été donnée par l'assurée.
27. En date du 28 avril 2009, l'assurée a déposé une 3^{ème} demande de prestations AI pour adulte.
28. Elle a produit à l'appui de cette nouvelle demande un rapport établi par le Dr O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, adressé le 8 avril 2009 au Dr A_____.

Le Dr O _____ indiquait suivre l'assurée depuis le 18 février 2009, à un rythme d'abord bimensuel, puis mensuel. L'état clinique de l'assurée était caractérisé par la persistance d'une symptomatologie du registre anxiodépressif, avec quelques épisodes d'aggravation qui avaient nécessité plusieurs passages aux urgences et un séjour au centre de thérapie brève. Ces aggravations avaient été liées notamment à une migraine sévère et imputables en partie à l'abus de médicaments antimigraineux. La patiente utilisait ces médicaments plusieurs fois par jour en raison de la perte d'efficacité et de son hypersensibilité aux symptômes somatiques. Ces derniers provoquaient chez elle des paroxysmes d'anxiété paralysante, qui se présentait comme son trouble psychique le plus important.

L'embolie pulmonaire sévère de 2002, potentiellement fatale, jouait certainement le rôle central dans le trouble mental présenté par l'assurée. Elle était restée gravée dans sa mémoire comme un événement traumatique sur le mode d'état de stress post traumatique atypique, avec notamment une hyperactivité neurovégétative, sur laquelle s'était greffé un trouble panique, puis une anxiété généralisée. Le médecin avait constaté ensuite une intrication des symptômes de l'hypertension artérielle, de la migraine et des céphalées tensionnelles, avec les symptômes anxieux, dans un cercle vicieux. Comme cela était fréquemment le cas dans ce type de troubles, des épisodes dépressifs brefs apparaissaient épisodiquement, dans le contexte d'un épuisement, dû aux maladies et d'une démoralisation. Dans sa forme actuelle, le trouble pourrait le mieux être caractérisé comme une anxiété généralisée (F41.1), en raison de la présence d'une tension et d'une appréhension marquée, concernant non seulement sa santé mais aussi des problèmes de la vie quotidienne, associées à une hyperactivité neurovégétative, de multiples symptômes psychosomatiques et des symptômes non spécifiques, comme irritabilité, réaction de sursauts exagérés à des événements imprévus mineurs et des troubles du sommeil.

Sur le plan du traitement médicamenteux, le médecin avait eu des échecs. Il avait essayé une approche psychothérapeutique intégrant des éléments de thérapie cognitivo-comportemental, sans résultat durable. Il ne voyait guère d'autres options thérapeutiques, si ce n'était une approche de soutien.

Sur le plan asséurologique, le médecin indique qu'il faut soutenir la patiente dans sa démarche de révision de taux d'invalidité. Même si sur le fond, son trouble n'a pas changé de forme, la patiente signale une aggravation dans l'ensemble qui se manifeste par une limitation accrue dans les activités quotidiennes, plusieurs passages aux urgences des HUG et un séjour au centre de thérapie brève. L'assurée a fait un dernier essai de travail dans le nettoyage, à raison de deux heures par jour, en début d'année 2008, cette reprise de travail s'étant soldée par un échec après 4 jours seulement. S'agissant du degré d'invalidité arrêté à 48 % en 2003, le trouble psychique invalidant s'était chronicisé et cristallisé, au point que la patiente ne lui paraissait pas avoir une capacité de travail théorique au-delà de 2 à 3 heures par jour, avec un rendement diminué.

Le Dr O _____ concluait qu'un suivi par le Dr A _____, comprenant le soutien et la prescription de médicaments, devrait être suffisant. Il restait à disposition en cas de nouvelles aggravations.

29. En date du 15 juin 2009, l'OAI a adressé un projet de refus d'augmentation de rente à l'assurée considérant qu'aucun document médical n'avait apporté d'élément rendant plausible une aggravation de son état de santé.
30. En date du 6 août 2009, l'assurée a formé opposition au projet de décision se référant au rapport établi par le Dr O _____ qui avait considéré que son trouble psychique invalidant s'était chronicisé et cristallisé depuis 2003, diminuant ainsi la capacité de travail envisageable.
31. En date du 2 septembre 2009, l'OAI a adressé une décision de refus d'augmentation de rente à l'assurée, suite à l'exercice de son droit d'être entendue.

Aucun document médical nouveau n'ayant apporté d'élément rendant plausible l'aggravation de son état de santé, l'OAI persistait dans la décision de refus d'augmentation de rente.

32. En date du 5 octobre 2009, l'assurée a formé recours contre cette décision.

Elle s'est principalement référée au rapport médical établi par le Dr O _____ le 8 avril 2009, seul document produit s'agissant de sa situation médicale et sur les constatations effectuées par les maîtres de stage socioprofessionnels en juillet 2006.

Elle a conclu à titre préalable, à ce qu'une expertise multidisciplinaire soit ordonnée, afin de déterminer sa capacité de travail actuelle, de même qu'une réévaluation de l'enquête économique sur le ménage. Principalement, elle a conclu à ce que la décision de l'OAI soit annulée, à ce qu'une rente d'invalidité lui soit accordée et à ce que l'OAI soit condamnée en les dépens de première instance, y compris une équitable indemnité valant participation aux honoraires de son conseil.

33. En date du 2 novembre 2009, l'OAI a répondu au recours, concluant à son rejet et à la confirmation de la décision attaquée.

En se penchant sur une comparaison des faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision du 2 septembre 2009 de refus d'entrer en matière et les circonstances existant à l'époque de la décision du 3 août 2005, par laquelle la recourante avait obtenu un quart de rente à compter du 1^{er} décembre 2003, l'OAI considérait que les troubles rapportés par le Dr O _____, à l'appui de la nouvelle demande, étaient en tous points identiques à ceux précédemment retenus. Or, ces troubles avaient été pris en considération pour l'évaluation de l'invalidité de la recourante, qui n'était pas modifiée.

34. En date du 4 mars 2010, une audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.

A cette occasion, il a été décidé de reconvoquer une audience de comparution personnelle des parties, de manière à s'assurer de la présence d'un interprète de langue croate pour la recourante.

En outre, celle-ci a obtenu un délai au 20 mars 2010 pour la production des rapports émis par les HUG (service des urgences) et le centre de thérapie brève (CTB), auprès desquels elle a indiqué avoir été soignée.

35. Le 22 mars 2010, la recourante a produit un rapport établi le 18 mars 2010 par le Dr O_____.

Celui-ci indique qu'en cours de l'année 2008, la recourante a eu de fréquentes attaques de migraines, dont l'une mi-juin, a été particulièrement sévère. Elle avait été transférée aux urgences des HUG, et y était restée une nuit. Au vu de son état psychique, elle avait été envoyée le lendemain au centre de thérapie brève, où elle était restée pendant 3 jours en séjour semi-hospitalier. Elle paraissait alors très épuisée tant physiquement que moralement et présentait des symptômes de la lignée anxiodépressive.

Selon le médecin, cet épisode représentait une aggravation de son trouble de base, caractérisée entre autres par une réaction malade aux symptômes somatiques et par une anxiété envahissante, lors des manifestations des troubles somatiques. Le médecin notait encore que cette crise avait eu lieu au moment où la recourante se trouvait seule à la maison, son mari étant absent pour un voyage.

36. La recourante a également produit un bref rapport établi le 16 juin 2008 par l'unité d'accueil d'urgence psychiatrique des HUG, duquel il ressort qu'elle avait été hospitalisée pour crise migraineuse et symptomatologie anxieuse et dépressive, dans un contexte de solitude et de difficultés familiales. Le diagnostic posé était un épisode anxiodépressif (F43.22).

La décision avait été prise de la faire prendre en charge par le centre de thérapie brève pour suite du traitement habituel par le Dr O_____.

37. En date du 20 avril 2010, une nouvelle audience de comparution personnelle des parties a eu lieu.

A cette occasion, la recourante a indiqué avoir été suivie 4 ans par la Dresse P_____, psychiatre, qui avait cessé d'exercer. Depuis 2 ans, elle était suivie par le Dr O_____, à raison d'une séance par mois. Elle prenait un antidépresseur, Cymbalta, le traitement ayant été augmenté depuis environ 2 ans.

Elle se considérait comme vraiment malade, malgré le refus de sa 3^{ème} demande de prestations AI d'avril 2009. En effet, la situation avait empiré. Lorsqu'elle s'était rendue l'année passée avec son mari en vacances, elle avait eu une crise de panique. A son retour en Suisse, une semaine plus tard, elle s'était immédiatement rendue chez le Dr A_____ qui l'avait alertée sur le fait qu'elle était particulièrement sensible aux déplacements. Au quotidien, elle souffrait d'arythmie cardiaque, ce qui la contraignait à arrêter les travaux ménagers. Elle attendait que cela passe avant de reprendre ces travaux et cela pouvait durer plusieurs minutes. Elle prenait également des médicaments pour traiter ce problème et subissait des crises chaque matin depuis 2002.

Elle ne connaissait pas l'origine exacte de ces symptômes qui intervenaient de manière inattendue, notamment en ce qui concernait les vomissements. Pendant 4 ans, elle avait pris un médicament destiné à lutter contre ses migraines, lequel avait été modifié en 2008.

Elle avait régulièrement des crises de panique, dont elle ne pouvait expliquer la cause. Selon elle, sa situation de santé s'est aggravée les dernières années. Elle avait plus fréquemment des crises de panique et de violentes migraines. A son sens, elle était plus handicapée au quotidien dans ses tâches ménagères les dernières années. Lorsqu'elle avait des crises à la maison, c'était souvent une de ses voisines, T_____, qui l'aidait.

Elle a souligné qu'elle n'assimilait pas son incapacité de travail. En 2008, elle avait tenté de travailler 2 heures le soir pour une entreprise de nettoyage de bureaux et c'était son chef lui-même qui avait dû la raccompagner chez elle, car elle n'était pas en mesure de travailler en raison d'une crise de panique. Depuis, elle avait tenté de retrouver un autre travail, sans succès, vu son état de santé.

Elle a encore indiqué que le Dr B_____, cardiologue, la suivait depuis 2002. Quant au Dr A_____, elle le consultait une fois par mois pour les problèmes de migraines.

38. Une audience d'enquêtes a eu lieu en date du 16 septembre 2010, lors de laquelle deux témoins ont été entendus.
39. T_____, infirmière de profession, voisine de la recourante depuis 1998, a indiqué l'aider pour les démarches administratives et des conseils dans sa vie quotidienne. En raison de ses problèmes de santé, il lui arrivait de l'appeler pour qu'elle vienne l'aider. Elle prenait sa tension et essayait de lui apporter du réconfort, car la recourante s'inquiétait très vite, même pour les choses qui n'affecteraient pas une autre personne. Ces dernières années, elle l'avait appelée plus souvent qu'auparavant. Il y avait 3 ou 4 ans, T_____ avait dû appeler le 144, car la recourante se trouvait très mal et sa tension était très haute. A ses souvenirs, la recourante avait dû être hospitalisée au moins à deux reprises, à savoir

durant plusieurs jours. Lors de ces périodes, elle l'avait appelée plus souvent. Selon ses souvenirs, lorsqu'elle avait été hospitalisée, la recourante n'était pas encore suivie par le Dr O_____. Elle ne pouvait cependant pas dire à quelle période ces hospitalisations avaient eu lieu, en particulier s'il s'agissait de 2008. Elle se souvenait cependant que la recourante était déjà suivie par le Dr O_____, lorsqu'elle avait dû passer une nuit sous surveillance au CTB Charmilles.

Les derniers temps, c'était à raison d'une fois par semaine environ qu'elle lui apportait de l'aide, lui amenant notamment ses courses où la soulageant pour des tâches ménagères importantes, tel que le lavage des vitres.

40. Le Dr O_____, psychiatre, a indiqué suivre la recourante depuis le 1^{er} février 2008. Il a confirmé son rapport du 8 avril 2009, précisant qu'il n'avait pas pris connaissance directement du dossier de la part de la Dresse P_____, mais du médecin traitant, le Dr A_____.

En 2009, il avait considéré qu'il n'y avait plus de suivi thérapeutique spécifique à porter à la recourante, dans la mesure où sa situation de santé était fixée, à savoir qu'elle n'évoluait plus. Il avait alors proposé au Dr A_____ d'effectuer un suivi lui-même, en tant que médecin traitant. La recourante avait cependant continué à venir le voir, régulièrement, mais un peu moins qu'une fois par mois, selon les besoins ressentis.

S'agissant des bêtabloquants, dont il envisageait la prescription, il avait préféré laisser le soin au médecin traitant d'en décider pour tenir compte des autres problèmes de santé de la patiente. Dans le cadre de la pathologie de la recourante, la prise de certains médicaments engendraient de la crainte en raison des effets secondaires qu'ils pouvaient produire. La recourante avait suivi des traitements médicamenteux, tels que du Zoloft et de la Paroxétine, durant une durée assez longue. Le Cymbalta avait été pris sur ordonnance de sa part, pendant une durée suffisante pour se faire une idée du résultat, de même que pour le Tryptizol.

Lorsqu'il parlait de chronicisation de l'état de santé de la recourante, cela signifiait que, sur une durée d'au moins 2 ans, il n'y avait pas de modification des troubles dont elle souffrait. Quant à la cristallisation, il se référait au fait que la situation ne pouvait plus être modifiée.

Durant les années pendant lesquelles, le Dr O_____ avait suivi la recourante, il n'avait pas constaté de péjoration de son état de santé en tant que tel. Toutefois, celui-ci était soumis à des fluctuations, par exemple lorsqu'elle avait été hospitalisée en juin 2008. Il pensait toutefois que depuis l'apparition des troubles, après l'embolie de 2002, la situation s'était dégradée.

Objectivement, il ne pouvait pas procéder à une comparaison concrète de la situation d'avant 2008, avec celle qu'il avait connue. Toutefois, il avait eu

connaissance du fait que la recourante avait fait des tentatives de reprises d'activité professionnelle, en 2007 pour la dernière fois, selon ses souvenirs. Selon lui, c'était donc qu'elle s'en sentait capable, ce qui n'avait plus du tout été le cas par la suite.

De plus, l'apparition de son hypertension artérielle avait provoqué une très grande anxiété, ce qui avait vraisemblablement augmenté la manifestation de ses troubles psychiques.

Hormis l'hospitalisation et le passage au CTB en juin 2008, le docteur n'était pas en mesure d'indiquer si d'autres hospitalisations, consultations des urgences HUG, avaient eu lieu et à quelles dates. Toutefois, la recourante avait fait référence à de telles consultations.

Selon ses notes, la patiente lui avait indiqué que ses passages aux urgences ou hospitalisations avaient eu lieu en 2007-2008. Elle faisait référence à plusieurs reprises à ses hospitalisations depuis qu'il l'a suivait, dans la mesure où il s'agissait du comble de la gravité des troubles dont elle souffrait.

Il était pessimiste quant à la possibilité d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, dans la mesure où le trouble dont elle souffrait était très résistant aux médicaments.

Il avait essayé d'examiner le bénéfice pour la recourante de persister dans sa demande de rente AI, en analysant la situation sur le plan financier, comme asséculoologique. Vu le bénéfice financier qu'elle en retirerait, elle pourrait aussi bien travailler une heure par jour comme femme de ménage si elle disposait d'une capacité de travail. Dès lors, il ne pensait pas que le bénéfice financier escompté agisse comme un facteur motivateur de la demande.

41. Dans la mesure où les Drs B_____ et A_____ n'ont pas pu se présenter lors de l'audience d'enquêtes du 16 septembre 2010, les parties ont accepté que le Tribunal leur pose des questions par écrit.
42. Par courrier adressé le 1^{er} mars 2011 à la Chambre des Assurances sociales, le Dr B_____ a confirmé avoir été consulté à plusieurs reprises depuis le mois de février 2001 par la recourante pour les pathologies d'hypertension artérielle et palpitations électriquement représentées par des extrasystoles supraventriculaires. L'évolution concernant ces deux pathologies cardiologiques était favorable, sous traitement par Aprovel, ainsi que par antidépresseurs, instauré par le Dr O_____. Les pathologies cardiaques étaient bien contrôlées.

S'agissant de savoir si la recourante avait été hospitalisée durant les années 2007-2008, le Dr B_____ renvoyait la Cour de céans au Dr A_____ et au Dr O_____.

43. Par courrier adressé à la Cour de céans le 3 mars 2011, le Dr A_____ a confirmé être le médecin traitant de la recourante depuis le 28 mai 2001. L'affection principale de sa patiente était apparue après une embolie pulmonaire sévère en mai 2002. Elle avait à la suite de cet événement développé de graves troubles psychiques, avec manifestation somatique diverses, décrites dans son rapport à l'OAI du 16 mai 2003. Ces nombreuses plaintes somatiques étaient toujours présentes et n'avaient guère évolué. Il ne faisait aucun doute que son affection psychique était sérieuse, sans amélioration, avec les nombreux différents traitements ayant influencé défavorablement ses affections somatiques. Ces dernières n'étaient pas d'une gravité particulière et s'il n'existait pas l'affection psychique qui augmentait leur importance, elles n'auraient aucune influence sur la capacité de travail.

Il partageait entièrement l'avis du Dr O_____, quant au diagnostic du trouble psychique complexe, à savoir celui d'une anxiété généralisée, en présence aussi d'épisodes dépressifs brefs et d'attaques de panique. La recourante vivait toujours avec une peur constante d'une récurrence d'embolie pulmonaire et pensait qu'elle allait mourir jeune sans qu'il y ait aucun moyen de la rassurer. Elle avait également peur de chaque autre maladie, s'accrochant au moindre signe dès que quelque chose n'allait pas. Elle paniquait tout de suite, devenait extrêmement anxieuse, de nombreux troubles somatiques apparaissant et devenant pour elle dramatiques (céphalées intenses, vertiges, nausées, vomissements, essoufflements, immense fatigue avec sensation de jambe coupée, palpitations etc.). Ces malaises survenaient très souvent d'une manière imprévisible, intervenant de manière de plus en plus fréquente lorsqu'elle se trouvait à la maison. Une augmentation des valeurs de la tension artérielle avait parfois été observée lors des crises. L'affection cardiologique était bien stabilisée sous traitement. S'agissant des crises de migraines, leur intensité avait un peu diminué depuis 2008. Les douleurs rachidiennes diffuses, en particulier cervicales, étaient d'origine musculo-ligamentaire. La patiente présentait depuis 2 à 3 mois environ des douleurs aux genoux et au talon gauche, dues à des lésions dégénératives débutantes et à une insertionite pour le talon. Les douleurs aux jambes étaient à mettre en relation avec l'état variqueux bilatéral. Il ajoutait qu'aucune des affections purement somatiques n'était de gravité particulière et que la majorité non volontaire des plaintes de la patiente était à mettre en relation avec la maladie psychique.

Selon les renseignements en la possession du médecin, au cours des années 2007 et 2008, la recourante n'avait pas été hospitalisée, hormis en juin 2008, au CTB, pendant 3 jours.

Selon lui, la recourante était de plus en plus fatiguée, abattue, épuisée, par ses différents problèmes de santé et il la croyait lorsqu'elle disait qu'elle était limitée plus qu'avant dans ses activités quotidiennes. Il n'était pas possible d'apprécier la capacité de travail résiduelle d'une manière précise, mais sur le plan purement

théorique, elle se situe au maximum à 2 heures par jour, avec un très faible rendement.

44. En date du 24 mars 2011, la recourante a déposé des conclusions après enquêtes.

Selon elle, les enquêtes avaient permis d'établir une aggravation de son état de santé, à tout le moins depuis le mois d'avril 2007.

Elle a également produit un courrier établi par N_____, technicien responsable de l'atelier de réadaptation professionnelle du service de neuro-rééducation des HUG, le 24 mars 2011. Selon ce courrier, la recourante a à nouveau été suivie dans l'atelier pendant 3 jours, du 21 au 23 mars 2011. Une augmentation non négligeable de ses réactions au stress a été constatée, certains travaux demandant de la finesse n'ayant simplement pas pu être exécutés, car sa main se mettait à trembler et le résultat de son travail n'était pas utilisable. Un important état d'anxiété avait également été remarqué, la patiente semblant abattue et ayant fréquemment des réactions de recul lorsqu'elle ne s'attendait pas à être interpellée.

La recourante restait pour le service, inapte au placement, dans la mesure où aucun travail adapté n'existait pour ce type de personne.

Seule une piste en atelier protégé, pour autant que son état psychique s'améliore sensiblement, pourrait être envisagée, à moyen terme.

45. En date du 24 mars 2011, l'OAI a également exprimé sa position suite aux enquêtes.

Il a considéré que les réponses des Drs B_____ et A_____ n'étaient pas susceptibles de modifier son appréciation du dossier et maintenait dès lors ses conclusions tendant au rejet du recours.

46. Par la suite, l'affaire a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. L'objet du litige est la question de savoir si la recourante a rendu plausible, dans sa troisième demande du 28 avril 2009, que son état de santé s'est aggravé depuis la dernière décision du 5 avril 2007.

a) Lorsque la rente 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).

b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).

c) L'exigence relative au caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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; ATF du 5 octobre 2001, I 724/99, consid. 1c/aa).

d) 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).

4. En l'espèce, la dernière décision de l'intimé date du 5 avril 2007. Le 28 avril 2009, soit un peu plus de deux ans après cette décision, la recourante dépose une nouvelle demande de prestations.

Lors de l'évaluation qui a abouti à la dernière décision, aucune aggravation de l'état de santé n'est apparue à l'OAI, à l'appui des nouveaux documents médicaux fournis, lesquels étaient en réalité limités au rapport établi le 8 avril 2009 par le Dr O_____.

Dans l'opposition au projet de l'OAI quant à sa nouvelle demande, la recourante s'est également fondée sur son observation à l'atelier de réadaptation professionnelle de juillet 2006, indiquant qu'elle avait été considérée comme inapte au placement.

Cela étant, au regard des différents rapports médicaux établis avant la décision du mois d'avril 2007, toutes les affections, aussi bien somatiques que psychiques dont se prévaut la recourante pour fonder sa troisième demande, existaient déjà depuis plusieurs années et en tous cas, avant la prise de décision ayant suivi sa deuxième demande de prestations AI.

S'agissant des troubles somatiques, la situation est stabilisée depuis plusieurs années, comme l'a confirmé le Dr B_____.

Quant aux troubles psychiques, ils ne sont pas qualifiés de manière différente après la troisième demande que depuis 2002, par les différents médecins intervenus.

Les troubles découlant des problèmes psychiques de la recourante, à savoir céphalées, vertiges, vomissements etc., intervenant de manière totalement inattendue, sont en effet décrits dès 2002 dans les rapports médicaux.

Aucune modification de traitement n'a été préconisée par les médecins, si ce n'est certains changements de médicaments en raison de la mauvaise tolérance présentée par la recourante.

Le seul indice d'aggravation auquel il est fait référence a trait aux hospitalisations qu'aurait subies la recourante depuis 2007.

Or, il est ressorti des enquêtes qu'il s'est agi d'un événement du mois de juin 2008 qui a nécessité une nuit d'hôpital et un suivi de trois jours, nuits incluses, au CTB. De plus, cet événement a clairement été mis en relation avec une situation de solitude particulière de la recourante qui se trouvait à la maison alors que son époux était en voyage.

Ce seul événement ne peut pas être considéré comme une démonstration de l'aggravation alléguée.

Il semble bien plutôt que l'état de santé de la recourante est stationnaire, avec des fluctuations signalées avant 2007 également.

Enfin, le dernier rapport établi par l'atelier de réadaptation professionnelle n'équivaut pas à un rapport médical permettant de retenir que les atteintes à la santé de la recourant se soient modifiées depuis 2007. Une manifestation de stress supplémentaire n'étant pas déterminante par rapport aux troubles décrits par les médecins dans leurs rapports. Le résultat du stage, concluant à l'inaptitude au placement, était déjà le même en juillet 2006, soit avant la décision du 5 avril 2007.

Dès lors, il convient de constater que la recourante n'a pas rendu plausible que son état de santé s'est aggravé après la décision du 5 avril 2007.

Dans ces circonstances, la demande de la recourante visant à la mise en place d'une expertise multidisciplinaire ne peut être retenue.

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

5. Dans la mesure où la recourante succombe, l'émolument de justice, fixé au minimum légal de 200 fr., est mis à sa charge.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. 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 suppléante

Isabelle CASTILLO

Laurence CRUCHON

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