

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3636/2013

ATAS/329/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 24 mars 2014

9ème Chambre

En la cause

Madame O _____, domiciliée à GENEVE, représentée par
APAS-Association de permanence pour la défense des patients et
des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN, Présidente; Maria Esther
SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame O _____ (ci-après la recourante), née en 1960, mariée P _____ et mère de deux enfants, a déposé une demande de prestations à l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) en février 1999.
2. Il ressort notamment du dossier les pièces suivantes :
 - un rapport du 1^{er} février 1999 du Dr A _____, chef de clinique auprès des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), division de rhumatologie, posant le diagnostic de fibromyalgie, d'obésité, d'état dépressif et de sinusite chronique ;
 - un certificat du 30 août 1999 du Dr B _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un diagnostic de trouble dépressif récurrent (épisode actuel moyen), fibromyalgie et obésité. Il ressort de l'anamnèse que le problème psychique a commencé à se manifester pendant la grossesse de sa deuxième fille. Depuis la naissance de celle-ci, un conflit familial avec la fille aînée est apparu, ce qui a motivé un « climat » tendu. Des douleurs musculaires ont fait leur apparition ainsi qu'une angoisse qui va provoquer une obésité. Des sentiments dépressifs apparaissent. La patiente fait état de fatigue, de maux de tête et de troubles de la mémoire ;
 - un rapport médical de novembre 1999 du Dr C _____, médecin de famille, lequel pose le diagnostic de fibromyalgie, asthme chronique, état dépressif avec troubles bipolaires, obésité et gastrite chronique. Aux questions relatives à la capacité de travail, le médecin a indiqué que la patiente était totalement incapable de « prise d'obligation » ;
 - un certificat du 1^{er} mai 2000 du Dr B _____ précisant son diagnostic en trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.0) et évoquant une perte de la capacité de travail de la patiente de 40 à 50% ;
 - une expertise du centre d'observation médical de l'assurance invalidité (ci-après : COMAI) du 23 novembre 2001 précisant préalablement que les conclusions avaient été discutées dans le cadre d'une décision pluridisciplinaire en présence de deux internistes, un rhumatologue (Dr D _____) et un psychiatre (Dr E _____). Le diagnostic était : trouble dépressif majeur récurrent, épisode actuel sévère avec caractéristiques psychotiques (F33.3), trouble panique avec agoraphobie (F40.01), trouble somatoforme indifférencié (F45.1), trouble des conduites alimentaires non spécifié (F 50.4), trouble explosif intermittent (F 63.8). Sur un plan rhumatologique pur, la capacité de travail résiduelle était de 50%. Le COMAI indique qu'il est exclu que le trouble psychique provienne d'un surmenage. Il se disait surpris de l'idée émise selon laquelle la recourante ferait preuve de paresse, et indiquait que les retentissements de la pathologie psychique sur la capacité de travail étaient importants. Cette dernière ne dépassait guère 30% dans un travail adapté. S'agissant du pronostic il indiquait qu'il s'agirait au mieux

de préserver cette capacité résiduelle de 30%. Tant les mesures médicales, que des mesures d'ordre professionnel étaient exclues.

- Un rapport du service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), du 15 janvier 2002 (Dr F _____) lequel diagnostiquait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec trouble somatoforme douloureux persistant (F33.1 et F45.4) proposait d'admettre une incapacité de travail de 50% sur la base de l'appréciation du rhumatologue du COMAI et du psychiatre traitant.

3. L'OCAI a prononcé une décision le 23 août 2002 par laquelle il accordait un quart de rente à la recourante, sur la base d'un taux d'invalidité de 42%.

L'OCAI avait appliqué la méthode mixte de calcul sur la base d'une activité lucrative exercée à 75% et de tâches ménagères à raison de 25%, avec une incapacité de travail respectivement de 50% et de 18,50%. Il se fondait sur un rapport du Dr B _____ du 1er mai 2000 et l'avis du SMR.

4. Mme P _____ a interjeté recours le 25 septembre 2002. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière, considérant que l'OCAI s'était écarté à tort de l'expertise du COMAI.

5. Par arrêt du 28 octobre 2003, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), devenu le 1^{er} janvier 2011 la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans), a admis le recours, annulé la décision de l'OAI et dit que Mme P _____ avait droit à une demi-rente de l'AI. Sur question de la cour de céans, le médecin du SMR avait confirmé qu'il n'avait pas rencontré la patiente pour fonder son préavis. La chambre des assurances sociales a décidé que le taux d'incapacité de travail à retenir pour l'activité lucrative était de 70% et non de 50%. Le taux d'invalidité étant de 57%, l'assurée avait droit à une demi-rente AI.

La chambre des assurances sociales a retenu que la recourante avait indiqué dans son recours que, sans l'atteinte à sa santé, elle aurait continué son activité à 75%. Elle n'avait ni allégué, ni prouvé qu'elle aurait travaillé à 100% ni qu'elle aurait recherché en vain du travail pour compléter son horaire de 75%. C'était donc à juste titre que la méthode mixte avait été appliquée.

6. Aucun recours n'a été interjeté contre cette décision.
7. Par demande datée du 16 novembre 2006, Mme P _____ a déposé une nouvelle demande de prestation AI pour adultes. Elle avait perçu des indemnités de chômage, à 50%, pour la période du 22 décembre 2004 à juin 2005. Un certificat médical du Dr G _____, du 11 décembre 2006 était joint. Il certifiait que la patiente suivait un traitement psychothérapeutique et psychiatrique depuis février 2006 pour un trouble dépressif sévère avec somatisations. Elle présentait une incapacité de travail de 100%. Les séances de psychothérapie avaient lieu une fois tous les quinze jours. La patiente suivait régulièrement son traitement médicamenteux (Fluctine et Temesta).

8. Le 28 mars 2007, un rapport médical détaillé a été adressé par le Dr G _____ à l'OAI. L'état de santé de l'assurée s'aggravait. Elle présentait un trouble dépressif récurrent depuis 1992 et un status post gastro-plastie depuis 2002. Plus aucune autre activité n'était exigible de l'assurée en raison du trouble dépressif.
9. Selon le SMR, les documents médicaux du Dr G _____ n'apportaient aucun élément médical nouveau. Les diagnostics psychiatriques étaient inchangés, la prise en charge psychothérapeutique (selon le COMAI) n'était pas nouvelle (elle avait été effectuée par les Dresses B _____, H _____ et le Dr I _____) et le status psychiatrique « retrouve les mêmes éléments dans l'examen psychiatrique effectué lors du COMAI par le Dr E _____ et le rapport récent du Dr G _____ ». La demande de révision ne remplissait pas les conditions puisque l'assurée n'avait pas établi de façon plausible une aggravation de son état de santé. Une nouvelle instruction n'était pas nécessaire. Le dossier avait été discuté avec le Dr J _____, psychiatre FMH au SMR.
10. Par décision du 14 décembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de révision de l'assurée.
11. Par demande du 18 mai 2009, l'assurée a sollicité une rente pour impotent. Par note interne du 15 octobre 2009 de l'OAI, celui-ci a précisé que, suite à un entretien téléphonique avec l'assurée, celle-ci n'entendait pas solliciter de rente pour impotent mais demander une augmentation de sa rente. Dès cette date, la demande a été traitée comme telle.
12. Différents certificats médicaux ont été produits par l'assurée. Il y sera revenu dans la partie en droit en tant qu'ils sont pertinents.
13. Par avis médical du 8 juin 2010, le SMR a fait référence à l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201) et a considéré qu'il n'y avait aucun élément nouveau par rapport à l'expertise de septembre-octobre 2001. L'aggravation durable, malgré le traitement suffisant, ne pouvait être retenue. Les conclusions du SMR n'avaient pas à être modifiées. Le rapport a mentionné que l'instruction initiale en février 1999 avait été lacunaire.
14. Par décision du 24 août 2010, l'OAI a rejeté la demande.
15. Le 16 avril 2013, Mme O _____ a déposé une nouvelle demande de prestations. Différents certificats médicaux y étaient joints, notamment un certificat du Dr K _____, spécialiste FMH psychiatrie, selon lequel l'assurée était en arrêt de travail à 100% depuis le 12 décembre 2012. Elle avait besoin d'une aide-ménagère une fois par semaine. PRO-INFIRMIS devait s'occuper de la gestion administrative de ses affaires. Il était urgent que la rente AI soit revue. Un rapport du Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne relevait une incontinence d'urines et de selles très invalidante, un syndrome douloureux du type fibromyalgique ainsi qu'une carence sévère en vitamines B12. Il était parfaitement évident que cette patiente n'était pas à même de travailler et ce, pour une durée

illimitée. Elle devait pouvoir bénéficier d'une rente AI à 100%. Il sera revenu dans la partie en droit sur les certificats médicaux en tant qu'ils sont pertinents.

16. Le 10 juin 2013, le SMR a estimé que le certificat médical du Dr K_____ n'apportait pas d'élément clinique permettant de juger de l'état de santé. Le rapport médical du Dr L_____ du 6 mai 2013 transmettait des diagnostics déjà connus en 2001, hormis celui de carence en vitamines B 12. Ce diagnostic n'entraînait pas d'incapacité de travail durable au sens de l'AI. La modification durable de l'état de santé n'était pas rendue plausible.
17. Un projet de décision a été envoyé le 18 juin 2013 à l'assurée laquelle a souhaité rencontrer une personne de l'OAI.
18. Un entretien a eu lieu le 28 août 2013.
19. Différents documents médicaux ont été reçus par l'OAI le 7 octobre 2013, lesquels seront détaillés en tant que de besoin dans la partie en droit.
20. Par décision du 8 octobre 2013, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 16 avril 2013 au motif que les nouveaux éléments médicaux produits en procédure d'audition ne permettaient pas de modifier leur précédente appréciation.
21. Mme O_____ a interjeté recours le 13 novembre 2013 auprès de la chambre des assurances sociales. Elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, sous suite de frais et dépens. Subsidiairement une expertise multidisciplinaire devait être ordonnée (psychiatrie – rhumatologie – neuropsychologie – urologie – gastroentérologie). La demande de révision déposée en 2007 n'avait pas été instruite par l'OAI. Il s'agissait d'une décision de refus d'entrer en matière, tout comme celle du 24 août 2010. Elle invoque un changement de son statut. L'arrêt du TCAS du 28 octobre 2003 avait retenu qu'en bonne santé l'assurée aurait travaillé à 75%. Au vu de son divorce en 2008, si l'assuré n'était pas invalide, elle aurait dû travailler à 100% pour des raisons financières. Un statut d'active devait lui être reconnu. Pour ce seul motif, son incapacité de travail initialement reconnue de 70% lui ouvrirait le droit à une rente entière d'invalidité. L'état de santé devait être comparé avec celui au moment de l'octroi de sa rente soit août 2002, l'OAI n'ayant plus effectué d'instruction depuis l'expertise menée en novembre 2001. Au plan physique, la santé de l'assurée s'était dégradée. Pour l'aspect des tâches ménagères, le Dr K_____ avait attesté des besoins d'aide-ménagère de la patiente. L'aggravation attestée par les médecins se vérifiait dans les tâches administratives et ménagères.
22. Sur question de la chambre de céans, l'OAI a précisé par courrier du 18 novembre 2013 que la décision litigieuse n'avait pas été adressée par pli recommandé. Il n'était pas en mesure de prouver la date de réception de l'envoi.
23. Par réponse du 10 décembre 2013, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les seuls éléments médicaux objectifs nouveaux mis en évidence par la recourante

concernaient le diagnostic d'incontinence urinaire et fécale (rapport des HUG, Dr M_____, du 29 mai 2013) et de carence sévère en vitamines B 12 (rapport du Dr L_____ du 6 mai 2013). Ces rapports ne précisait pas si ces affections étaient de nature à entraîner des limitations fonctionnelles qui n'auraient pas été prises en compte dans la procédure administrative précédente. Faute pour la recourante d'avoir apporté les éléments médicaux pertinents permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié, la décision prise par l'OAI était fondée.

24. Par réplique du 18 décembre 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. Les éléments médicaux nouveaux étaient plus importants que ceux retenus par l'OAI dans sa réponse.
25. Par courrier du 19 décembre 2013, les parties ont été informées que la cause était 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 343 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.

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).

En l'espèce, la décision litigieuse du 8 octobre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004 des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), le 1^{er} janvier 2008 de celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et des changements intervenus le 1^{er} janvier 2012 suite à la révision 6a du 18 mars 2011. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux trois révisions susmentionnées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Aux termes de l'art. 60 al. 1 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours.

S'agissant de la notification de la décision précitée, la Cour de céans relèvera que l'intimé n'a pas apporté la preuve de la date à laquelle la recourante l'a reçue. Par ailleurs, dans la mesure où aucune pièce versée au dossier ne laisse supposer que cette décision aurait été reçue à une date antérieure à celle alléguée par la recourante et que, de surcroît, l'intimé ne l'invoque pas, il y a lieu de retenir que le recours, déposé le 13 novembre 2013 dans la forme prévue par la loi, est recevable.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

5. 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 (al. 2 et 3 depuis le 1^{er} janvier 2012) 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 (depuis le 1er janvier 2012 al. 2) 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) (Arrêt du Tribunal fédéral 9C 1012/2008 du 30 juin 2009).

e) La jurisprudence considère que l'administration n'est pas entrée en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p. 14 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010). Ainsi lorsque l'OAI soumet le dossier de l'assurée au SMR et renonce à des investigations complémentaires, il n'entre pas en matière au sens de l'art. 87 RAI (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_516/2012 du 3 janvier 2013).

6. Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande de prestations de la recourante du 16 avril 2013. En d'autres termes, il convient d'examiner si cette dernière a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé. En revanche, les conclusions de la recourante sont irrecevables en tant qu'elles tendent à l'octroi d'une rente invalidité et à des mesures d'instruction, la décision litigieuse ayant uniquement refusé l'entrée en matière.
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. La recourante fait valoir que la comparaison ne doit pas se faire avec la décision d'août 2010, mais avec la situation au moment de l'arrêt du TCAS du 28 octobre 2003, l'intimé n'étant pas entré en matière sur ses différentes demandes depuis cette date et s'étant contenté de questionner le SMR sans instruire.

En l'espèce, la décision dont est recours, du 8 octobre 2013, consiste en un refus d'entrer en matière.

La décision précédente de l'OAI, du 24 août 2010, rejetait la demande, suite à l'examen du dossier par le SMR. A cette date, l'OAI était en possession de plusieurs certificats médicaux nouveaux (du Dr C_____ du 26 novembre 2009 et du Dr N_____ du 12 avril 2010 lequel avait particulièrement détaillé la situation). L'OAI avait par ailleurs questionné le Dr C_____ qui lui avait répondu le 6 avril 2010.

Concernant le statut de l'assuré, celle-ci avait détaillé sa situation personnelle dans une correspondance du 17 février 2010. Le jugement de divorce avait été produit.

Le SMR avait de surcroît comparé la situation de 2010 avec celle de 2002. Les pièces médicales produites entre 2002 et 2010 avaient été prises en compte pour l'examen de la situation, soit les différents certificats du Dr G_____, respectivement des 11 décembre 2006, 20 mars 2007 et surtout le rapport détaillé du 28 mars 2007.

Contrairement à ce que soutient la recourante il convient de considérer que l'OAI était entré en matière lors de la demande de révision, rejetée par décision du 24 août 2010 et contre laquelle l'assurée n'avait pas interjeté recours.

9. Il y a donc lieu de comparer la situation prévalant lors de la précédente décision de refus de prestation, datée du 24 août 2010, et celle existant en octobre 2013.
 - a) Lors de la précédente décision de refus de prestations l'OAI disposait des rapports suivants :

- Le 26 novembre 2009, le Dr C_____, médecin de famille, a indiqué à l'OAI qu'il posait comme diagnostic de l'assurée une fibromyalgie, un trouble compulsif et cognitif grave et un état anxio-dépressif grave. Il a précisé que l'état psychique de la patiente s'était nettement aggravé, malgré de multiples thérapies. Les crises d'angoisse étaient incompatibles avec une activité professionnelle. Une prise en charge par l'assurance invalidité à 100% était urgente.

- Par courrier du 17 février 2010, l'assurée a détaillé sa situation à l'OAI. Elle était divorcée depuis le 4 novembre 2008 et vivait avec sa fille cadette, née le 26 juin 1992, étudiante en deuxième année au collège. Son état de santé s'était aggravé les dernières années tant physiquement que psychiquement. Il n'y avait pas eu d'améliorations ni de sa dépression ni de sa fibromyalgie. Elle avait des séquelles à vie dues à une opération (By-pass) faite en 2002. Lors d'un séjour hospitalier en 2010, les médecins l'avaient informée qu'elle faisait des crises d'hypoglycémie. Il n'existait pas de traitement. D'un point de vue professionnel, elle n'avait jamais du retravailler depuis le 14 décembre 1999. Elle avait effectué plusieurs activités bénévoles. Elle n'avait jamais pu s'engager à moyen ou long terme à cause de ses problèmes de santé. Elle ne percevait pas les prestations complémentaires, ledit service considérant qu'elle avait un gain potentiel de 50%. Sa situation financière était difficile, ce qui influençait négativement son état de santé.

- Copie du jugement de divorce était joint au courrier. Le Tribunal de première Instance a prononcé le divorce des époux par jugement du 4 novembre 2008. L'assurée s'était mariée en 1977, à 17 ans. Son époux était âgé de 19 ans. Tous deux étaient originaires de la même ville au Portugal. L'assurée avait accouché de sa première fille à 18 ans et de la seconde à 32 ans. Des mesures protectrices de l'union conjugale avaient été prononcées en 2003. Le montant de 800 fr. était prévu au titre de contribution à l'entretien de la famille. Le couple avait repris la vie commune entre septembre 2005 et juin 2006. En juin 2007, l'assurée avait déposé une demande en divorce. Un accord avait été trouvé dans le cadre de la procédure. Le père verserait une contribution à l'entretien de sa fille de 900 fr. mensuels. Le bénéfice net provenant de la vente de la propriété du couple dans leur lieu d'origine serait partagé à raison de deux tiers en faveur de l'assurée et d'un tiers de son ex-mari, une fois les impenses nécessaires payées (taxes, impôts, honoraires de notaire). Le bien immobilier devait être mis en vente à hauteur de 170'000 euros conformément au dispositif du jugement de divorce.

- Le 6 avril 2010, le Dr C_____ a répondu à l'OAI que l'état de santé de sa patiente ne s'était pas modifié de façon notable. Aucune occupation n'était possible. La compliance était optimale. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Il voyait l'assurée une fois par mois. Un traitement psychiatrique et de la physiothérapie étaient en cours. Il s'agissait d'une affection chronique.

- Par certificat médical du 12 avril 2010, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'état de santé de la patiente s'était aggravé, notamment depuis 2007. Il n'y avait pas de changement dans le diagnostic depuis 2005. Il s'agissait d'une évolution chronique. Il suivait la patiente depuis 2008. La dernière consultation datait du 8 avril 2010. La capacité de travail était nulle depuis 2005. Le praticien a joint une correspondance au rapport médical détaillant la situation. La patiente souffrait depuis 10 ans d'un état dépressif à évolution chronique résistant aux divers traitements antidépresseurs. Elle présentait en sus une fibromyalgie qui provoquait des douleurs importantes et l'empêchait d'accomplir toute sorte d'efforts physiques. Elles avaient été diagnostiquées et objectivées au Centre de la douleur à l'hôpital cantonal de Genève (ci-après : HUG). Sur le plan somatique, elle souffrait d'une obésité permanente malgré un by-pass gastrique en 2002. Un examen récent au service d'enseignement thérapeutique pour maladies chroniques des HUG où la patiente avait séjourné du 11 au 22 janvier 2010, objectivait que la patiente souffrait d'hypoglycémies postprandiales précoces qui aggravaient sa tendance au grignotage compulsif. Un examen neuropsychologique pratiqué le 3 mars 2010 dans l'unité de neuropsychologie des HUG confirmait l'existence d'un déficit attentionnel et exécutif dont la patiente se plaignait depuis longtemps. Ce tableau neuropsychologique était tout à fait compatible avec les troubles thymiques et anxieux présentés par la patiente mais n'excluaient pas une souffrance cérébrale sous-jacente. La patiente se plaignait depuis plusieurs années d'une grande fatigue généralisée qui la rendait presque incapable d'accomplir des tâches ménagères courantes. D'autre part, elle se plaignait de troubles de la mémoire et de concentration qui s'aggravaient ces deux dernières années au point de lui faire craindre de développer une démence sénile précoce malgré son relatif jeune âge. Objectivement, la patiente était très anxieuse, paniquait devant la moindre difficulté, était vite perdue et avait de plus en plus de peine à accomplir même des tâches relativement simples. Sur le plan familial, elle semblait profondément traumatisée par son divorce avec un mari alcoolique, violent, manipulateur, possessif qui s'était conclu en 2008. Elle s'était souvent plainte à la consultation de la difficulté à faire face toute seule à sa fille, adolescente, qui se montrait très agressive à son égard et qui ne lui obéissait plus, lui tenait tête, l'insultait. En conclusion, cette patiente souffrait d'une pathologie complexe et multi factorielle, à la fois somatique et psychique. Depuis 1999, la patiente n'avait plus travaillé et son état s'était progressivement dégradé. Selon son estimation clinique et l'étude du dossier médical, la patiente était incapable de travailler à 100% depuis décembre 2005. Son incapacité à travailler était irréversible et justifiait absolument la reconnaissance d'une invalidité à 100%. Il ne s'expliquait pas pourquoi la patiente n'avait été reconnue qu'à 50% d'invalidité. La révision du taux à 100% se justifiait pleinement, vu le statut somatique et psychique de la patiente et l'évolution chronique confirmé de ses troubles.

En d'autres termes, lorsque l'OAI avait rendu la précédente décision, il disposait de rapports médicaux faisant état d'une capacité de travail de 0%, la diminution étant

essentiellement due aux troubles psychiatriques de la patiente. Ils étaient établis par le certificat du Dr N_____ et confirmés par le Dr C_____ selon lequel les crises d'angoisse de la patiente rendaient impossible toute activité professionnelle. L'assurée avait divorcé. Elle avait besoin d'aide pour les tâches ménagères courantes, notamment à cause d'une grande fatigue dont elle se plaignait depuis longtemps.

b) Lors de la décision du 8 octobre 2013, les pièces médicales dont disposait l'OAI étaient les suivantes :

- un rapport médical daté du 9 avril 2013 du Dr K_____. Il demandait une révision de la rente invalidité de l'assurée dont l'état s'était péjoré sur le plan psychique et physique.

- un rapport du Dr K_____ du 27 mai 2013. L'assurée souffrait d'un trouble dépressif majeur récurrent actuellement sévère sans caractéristique psychotique (F33). Elle présentait un état anxieux, une tendance à l'isolement et des perturbations des fonctions cognitives (mémoire et concentration). Malgré un suivi très régulier et un traitement médicamenteux, elle était en arrêt de travail à 100% depuis le 6 décembre 2012 car elle ne parvenait plus à se rendre à 40% à l'établissement public d'intégration. Elle avait besoin d'une aide-ménagère une fois par semaine et une assistante sociale de PRO-INFIRMIS s'occupait de ses problèmes administratifs. Au vu de la situation, le médecin estimait urgent une réévaluation du pourcentage de rente invalidité par les services de l'OAI.

- un rapport du 6 mai 2013 du Dr L_____. Il connaissait la patiente depuis le 19 mars 2012. Il ne pouvait se prononcer sur l'évolution de la situation médicale de la patiente. Il relevait un état dépressif qui lui semblait sévère et qui était confirmé par le Dr K_____, une incontinence d'urines et de selles très invalidante, un syndrome douloureux du type fibromyalgique, ainsi qu'une carence sévère en vitamines B 12. Il était parfaitement évident que cette patiente n'était pas à même de travailler et ce, pour une durée illimitée et devait pouvoir bénéficier d'une rente AI à 100%.

- un rapport du 29 mai 2013 du Dr M_____, médecin-adjoint agrégé du service de chirurgie viscérale des HUG. Elle présentait depuis 2002 le by-pass en 2002 des incontinenances urinaires et fécales (de selles). Elle perdait parfois les gaz mais arrivait cependant à les contrôler. Elle prenait des antidépresseurs et des anti-inflammatoires. L'examen clinique «de manière surprenante» avait montré un périnée calme, un appareil sphinctérien complet de bonne tonicité aussi bien au repos qu'en contraction, un muscle puboréctal dont la mobilité était un peu diminuée en translation antérieure, aucun signe direct ou indirect de prolapsus du rectum. Une anoscopie parfaitement normale. Un examen en position debout physiologique. Cette patiente présentait, à son avis, une incontinence urinaire et fécale de type stress. Il engageait la patiente à pratiquer de la physiothérapie afin de

retrouver une certaine confiance dans sa continence. Si tel n'était pas le cas, une neuromodulation lui serait expliquée par le Dr S_____.

- un rapport de consultation du 23 septembre 2013 du Dr S_____, médecin consultant au service de chirurgie viscérale des HUG. Suite à la consultation du jour même, la patiente avait accepté une phase test de neuromodulation en janvier 2014.

- un questionnaire rempli par l'assurée détaillant les répercussions des troubles sphinctériens, qualifiant la gêne d'insupportable au degré de dix sur une échelle de dix.

Au vu de ce qui précède, les certificats médicaux produits lors de la demande de 2013 rendent plausible l'aggravation de l'état de santé de la recourante par rapport à août 2010. La problématique des incontinenances de selles et d'urine est nouvelle. Même si les constatations cliniques du Dr M_____ mentionnent que celles-ci étaient présentes depuis 2002, suite au by-pass, il apparait pour la première fois qu'elles seraient invalidantes. Leur qualification de « type stress » ne permet pas d'écarter ce qui apparait comme une aggravation de l'état de santé. L'accord de la patiente de tenter une neuromodulation en janvier 2014 n'est pas pertinent en l'état. Il ressort toutefois de la comparaison des documents médicaux que lors de la dernière révision l'assurée était déjà considérée comme incapable de travailler à 100%. Aucune investigation n'avait été faite en relation avec la capacité de gain. Selon le certificat médical du Dr K_____, l'assurée ne parvient, depuis peu, même plus à se rendre à un travail dans un établissement d'intégration. Ceci constitue un élément important, nouveau, relatif à une péjoration de la capacité de gain de l'assurée. Il existe donc des indices suffisants d'une modification des circonstances médicales et du statut de l'assurée entre 2010 et 2013, de sorte que l'OAI devait entrer en matière sur la demande de prestations. La carence en vitamines B 12 est qualifiée de sévère. Elle est nouvelle et constitue là encore un indice de péjoration de l'état de santé. Concernant la capacité de travail de l'assurée dans le ménage, si en 2010 déjà une aide lui était nécessaire pour les tâches ménagères à cause d'une très grosse fatigue, le Dr K_____ fait état de besoins hebdomadaires, donc réguliers, aggravés par le besoin d'aide pour la gestion d'affaires administratives.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 8 octobre 2013 annulée.
11. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 1'000 fr. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H LPA).

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'intimée au paiement d'un émolument de 200 fr.

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

Statuant

1. Admet le recours dans la mesure où il est recevable ;
2. Annule la décision du 8 octobre 2013 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 16 avril 2013 ;
3. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision après instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
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

Brigitte BABEL

Francine PAYOT ZEN-
RUFFINEN

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