RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3694/2021 **ATAS/103/2022**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 février 2022

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée c/o Mme B_____, au PETIT-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre-Bernard PETITAT	recourante
contre	
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE	intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

A. **a.** Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou l'intéressée) est née en 1983 au Venezuela où elle a vécu jusqu'à l'âge de 17 ans. Elle s'est installée en Suisse en 2004. Elle n'a achevé aucune formation particulière. Elle n'a pas d'enfants et vit en partenariat enregistré depuis le 14 avril 2015. Elle a travaillé du 1er février au 30 avril 2016 en tant qu'assistante administrative auprès de LPP Gestion G_____ SA à Genève. Dès le 14 novembre 2016, elle a bénéficié de l'aide sociale de l'Hospice général.

b. Le 28 décembre 2016, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI).

À l'appui de celle-ci elle a produit un certificat médical non daté de la doctoresse C_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitante, indiquant qu'elle souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative sévère, ainsi que d'une tumeur hypophysaire avec, pour conséquences, une aménorrhée secondaire, un diabète insipide central substitué, une insuffisance thyréotrope et orthotrope substituée et une insuffisance somatotrope substituée hypoprolactinémie modérée. Elle se trouvait en incapacité totale de travailler.

D'autres rapports médicaux ont encore été adressés à l'OAI dans le cadre de cette première demande, émanant notamment du docteur D_____, médecin chef de clinique auprès du service de rhumatologie des hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) faisant état, chez l'intéressée, des diagnostics de polyarthrite rhumatoïde inflammatoire, neuro-infundibulite hypophysaire, carence en vitamine D, stéatose hépatique et « père avec psoriasis cutané » et de la doctoresse E_____, spécialiste en diabétologie et endocrinologie, retenant pour sa part les diagnostics de neuro-infundibulite hypophysaire, excès de poids, carence en vitamine D, dyslipidémie et polyarthrite inflammatoire séronégative.

c. Le docteur F_____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et expert médical certifié auprès du service médical régional AI (ci-après : SMR) a procédé à un examen clinique rhumatologique de l'assurée en date du 30 janvier 2018. Il a rendu son rapport le 6 février 2018 et retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde non érosive, avec incidence sur la capacité de travail. Étaient également retenus, sans incidence sur la capacité de travail les diagnostics suivants : hernie discale C6-C7 asymptomatique côté droit, discopathie L5-S1, maladie de Baastrup L3-L4 et L4-L5 asymptomatique, arthrose radiocarpienne bilatérale, arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne des gros orteils. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de marche sans arrêt au-delà de 20 minutes, de position debout statique au-delà de 10 minutes, de position assise au-delà d'une heure, de port de charge au-delà de 3 kilos, de mouvements répétitifs ou contre résistance, de postures en porte-à-faux, de montées et descentes fréquentes d'escaliers. La capacité de travail était nulle dans toute

activité de juillet 2016 au 23 janvier 2017. Dès le 24 janvier 2017 elle était de 50% dans la dernière activité d'assistante administrative, du fait de la diminution des douleurs de moitié suite à une modification de traitement. La capacité de travail était déterminée sur le plan rhumatologique par « la tolérance aux contraintes mécaniques des articulations dans le cadre d'une polyarthrite ». Quant au pronostic, des phases d'exacerbations de la maladie étaient susceptibles d'intervenir, la maladie pouvant développer une résistance au traitement. Dans cette hypothèse, il conviendrait de réévaluer la capacité de travail.

d. Par décision du 27 mai 2019, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'intéressée. Elle était reconnue en incapacité totale de travailler dès juillet 2016, puis à 50% dès janvier 2017. Les conditions d'assurance n'étaient cependant pas remplies. En effet, au moment de la survenance de l'invalidité, soit en juillet 2017, elle présentait uniquement 30 mois de cotisations sur les 36 mois requis de par la loi, ce malgré la prise en compte des cotisations de sa compagne depuis l'enregistrement du partenariat.

B. **a.** Le 8 septembre 2020, l'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle a indiqué souffrir des atteintes à la santé suivantes : polyarthrite rhumatoïde depuis 2012, tendinite aux doigts des deux mains depuis 2018, douleurs chroniques depuis 2019, arthrose aux poignets depuis 2019.

b. À l'appui de cette demande, le Dr D_____ a envoyé un rapport à l'OAI en date du 4 novembre 2020, faisant état, chez l'assurée, de limitations fonctionnelles très importantes au niveau des mains dues à plusieurs synovites et surtout à de très importantes ténosynovites inflammatoires des fléchisseurs des doigts. Du fait de ces éléments, elle ne pouvait pas travailler, ce qui justifiait une invalidité à 100%. L'intéressée souffrait de multiples pathologies compliquées. Outre une polyarthrite rhumatoïde inflammatoire, le spécialiste a également fait état d'« aménorrhée secondaire sous hypogonadisme et hypogonadotrope, diabète insipide central. Elle présente également une neuro-infundibulite hypophysaire sous hydrocortisone avec une IRM de l'hypophyse en novembre 2019 avec une stabilité de la lésion, une stéatose hépathique confirmée avec échographie abdominale en fin 2019, une hypertriglycéridémie ».

c. La Dresse C_____ a également adressé un certificat médical à l'OAI, le 10 novembre 2020. L'intéressée souffrait d'une polyarthrite rhumatoïde séronégative sévère traitée par immunosuppresseur, d'une tumeur hypophysaire avec pour conséquence une aménorrhée secondaire et un diabète insipide central substitué, ainsi qu'une insuffisance somatotrope substituée hypoprolactinémie modérée. L'état de santé de l'intéressée s'était péjoré depuis 2018, avec notamment une arthrose des poignets et une synovite des poignets et des métacarpo-phalangiens (MCP).

d. Le 10 décembre 2020, le Dr D_____ a établi un nouveau rapport reprenant pour l'essentiel la position exprimée dans son courrier du 4 novembre 2020. Il suivait l'intéressée depuis 2014 et avait constaté une amélioration partielle des douleurs et une amélioration des synovites, mais les ténosynovites persistaient malgré un important traitement immunosuppresseur. Elle était surtout très limitée pour toute activité avec ses mains, du fait des ténosynovites. Parmi les diagnostics évoqués dans le rapport du 4 novembre 2020, seule la polyarthrite avait une incidence sur la capacité de travail.

e. Le 20 décembre 2020, la Dresse E_____, a établi un rapport au terme duquel elle a retenu les diagnostics suivants, avec incidence sur la capacité de travail : polyarthrite rhumatoïde, diabète insipide, secondairement insuffisance corticotrope thyréotrope, excès pondéral d'origine hypothalamique. Étaient également retenus, les diagnostics suivants, sans incidence sur la capacité de travail : insuffisance gonadotrope, somatotrope, thyréotrope et corticotrope. Concernant la capacité de travail, elle n'avait pas été évaluée et il appartenait au rhumatologue de s'exprimer, les limitations fonctionnelles découlant surtout des atteintes rhumatologiques. Concernant l'évolution de la situation, la Dresse E_____ a mentionné une tendance à la prise pondérale malgré une très bonne compliance aux substituts hormonaux.

f. Dans un rapport du 10 janvier 2021, la Dressse C_____ a fait état des diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de polyarthrite séropositive depuis 2010 et de syndrome anxio-dépressif réactionnel à la maldie, depuis 2015 environ. Sans incidence sur la capacité de travail étaient retenus les diagnostics de neuroinfunbilite hypophysaire et d'aménorrhée secondaire. L'état de l'intéressée se détériorait et les douleurs augmentaient malgré un traitement important. Elle ne pouvait pas rester assise dans la même position plus de 20 minutes. Elle avait développé des troubles de la concentration et du sommeil importants. La mobilité des mains était limitée et douloureuse. La capacité de travail était nulle, vu la symptomatologie et les limitations fonctionnelles.

g. Par rapport du 15 février 2021, le SMR a estimé que l'état de santé de l'intéressée s'était aggravé depuis mai 2020. Dès cette période, la capacité de travail était nulle dans toute activité, du fait des limitations fonctionnelles retenues, à savoir : « limitations dans toutes les activités avec les mains en raison de la persistance de ténosynovites inflammatoires chroniques, fatigue, éviter le port de charges de plus de 3 kg, la marche sans s'arrêter de plus de 20 minutes, la position statique debout supérieure à 10 min., la position assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs, les postures en porte-à-faux, les escaliers à répétition, le travail en hauteur, les positions à genoux et accroupie ». L'atteinte incapacitante consistait en une « poyarthrite rhumatoïde séropositive avec ténosynovites inflammatoires chroniques ».

h. Le 12 mars 2021, l'OAI a adressé un projet de décision à l'intéressée, l'informant de ce qu'il envisageait de rejeter sa demande. Elle était reconnue

entièrement invalide dès le mois de mai 2020. Cela étant, l'aggravation de son état ne permettait pas l'ouverture d'un droit à la rente vu qu'elle résultait de la même atteinte à la santé pour laquelle l'OAI avait déjà refusé de prester du fait que les conditions d'assurance n'étaient pas remplies. Il ne s'agissait donc pas d'un nouveau cas d'assurance. Quant à d'éventuelles mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées en l'absence de capacité de travail.

i. Par pli du 7 avril 2021, complété le 28 avril 2021, l'intéressée a formé opposition contre le projet de décision. Les aggravations de l'état ne relevaient pas de la même atteinte à la santé que celle constatée dans la demande initiale et justifiaient l'octroi d'une rente entière.

j. Le 27 septembre 2021, l'OAI a rendu une décision de refus de prestations pour des motifs identiques à ceux figurant dans son projet du 12 mars 2021. Le cas avait à nouveau été soumis au SMR qui avait maintenu que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, si elle justifiait bien une incapacité de travail totale dans toute activité depuis mai 2020, était due à la même atteinte que lors de la première demande, à savoir la polyarthrite rhumatoïde.

C. **a.** L'assurée a interjeté recours contre cette décision le 28 octobre 2021, concluant à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, respectivement une rente. Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde inflammatoire séropositive posé par le Dr D_____ le 4 novembre 2020 était bien plus précis et différait en intensité par rapport au diagnostic de polyarthrite rhumatoïde non érosive diagnostiquée par le Dr F_____ le 6 février 2018. En outre, la Dresse E_____ avait posé les diagnostics de diabète insipide, secondairement d'une insuffisance corticotrope et thyréotrope ainsi que d'excès pondéral hypothalamique, non pris en compte par l'intimé. Un nouveau cas d'invalidité était ainsi survenu en mai 2020.

b. L'intimé a répondu le 23 novembre 2021, persistant dans les termes de sa décision du 27 septembre 2021. En février et en septembre 2021, le cas avait été soumis au SMR qui avait constaté l'aggravation de l'état de santé depuis mai 2020, la capacité de travail étant nulle dans toute activité dès cette date. L'aggravation et les limitations fonctionnelles en découlant étaient cependant dues exclusivement à la polyarthrite rhumatoïde diagnostiquée en 2012, de sorte qu'il n'y avait pas de nouveau cas d'assurance.

c. La recourante a persisté par réplique du 23 décembre 2021. Les diagnostics posés par les médecins en 2020, ainsi que leur influence sur sa capacité de travail étaient différents de ceux posés par le Dr F_____ lors de son examen médical de février 2018 ayant donné lieu à la décision de refus de prestations du 27 mai 2019. Il s'agissait donc bien d'un nouveau cas d'assurance.

d. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la 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.

1.2 Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée le 8 septembre 2020, singulièrement sur la question de savoir si celle-ci découle d'un nouveau cas d'assurance.

3. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celles-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1).

3.1 Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4. La LAI ne repose pas sur une notion uniforme du cas d'assurance. Celui-ci doit être envisagé et déterminé par rapport à chaque prestation entrant concrètement en ligne de compte (« System des leistungsspezifischen Versicherungsfalles ») : il convient d'examiner pour chaque prestation pouvant entrer en considération selon les circonstances, au sens de l'art. 4 al. 2 LAI, quand l'atteinte à la santé est susceptible, de par sa nature et sa gravité, de fonder le droit à la prestation particulière (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 241 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 659/06 du 22 février 2007, in SVR 2008 IV n° 14 p. 41). Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut

ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 140 V 246 consid. 6.1; ATF 126 V 5 consid. 2b; ATF 118 V 79 consid. 3a et les références).

Concernant en particulier le droit à la rente, il prend naissance, en vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

4.1 Une fois que l'invalidité est survenue (au sens de l'art. 4 al. 2 en relation avec les art. 36 al. 1 LAI [droit à une rente ordinaire] et 28 al. 1 LAI), le fait qu'une aggravation de l'état de santé de l'assuré (ou des changements de sa situation économique et personnelle) conduise ultérieurement à revoir le taux d'invalidité et à modifier le droit initial à une rente d'invalidité ne permet pas de retenir l'existence d'un nouveau cas d'assurance susceptible de conduire à la reconnaissance d'une prestation fondée sur de nouvelles bases de calcul. (ATF 126 V 157 consid. 4Arrêt du Tribunal fédéral 9C_179/2020 du 16 novembre 2020, consid. 5.1 et 5.3).

En revanche, la survenance d'une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait au moment du refus de la première demande de prestations et propre, par sa nature et sa gravité, à causer une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année a, compte tenu de l'absence de connexité matérielle avec la situation de fait prévalant au moment du refus de la première demande de prestations, pour effet de créer un nouveau cas d'assurance (ATF 136 V 369 consid. 3.1, arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013 du 20 août 2013, consid. 4.1 et les références, in SVR 2013 IV n° 45 p. 138).

4.2 Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) dans sa version valable depuis le 1er janvier 2015, la survenance de l'invalidité ou du cas d'assurance est réalisée au moment où une prestation de l'AI est indiquée objectivement pour la première fois. Elle doit être déterminée séparément pour chaque catégorie de prestations (mesure professionnelle ou médicale, moyen auxiliaire, rente, etc.). Divers cas d'assurance peuvent exister pour la même atteinte à la santé (ch. 1028). L'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. En revanche, l'apparition d'une atteinte à la santé complètement différente de l'atteinte initiale peut faire survenir un nouveau cas d'assurance (ch. 1028.1). La survenance du cas d'assurance correspond, en règle générale, à l'ouverture du droit à la rente. L'ouverture du droit à une rente peut cependant déroger à cette règle, par exemple lors d'une demande tardive (ch. 1034).

5. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

5.1 Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

5.2 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise

médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.3 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.4 On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

6. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués

ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

7. En l'espèce, la recourante a déposé une première demande de prestations le 3 janvier 2017. Celle-ci a été rejetée par décision du 27 mai 2019, entrée en force, au motif qu'une condition d'assurance, en l'occurrence le minimum de trois années de cotisations, n'était pas réalisée au moment de la survenance de l'invalidité, soit en juillet 2017. Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'intimé a néanmoins reconnu une incapacité totale de travail dans toute activité dès juillet 2016, puis une capacité à hauteur de 50% en tant qu'assistante administrative. La recourante a ensuite déposé une nouvelle demande de prestations en date du 8 septembre 2020, également rejetée par l'intimée, du fait qu'elle a considéré que la péjoration de l'état de santé se fonde sur la même atteinte que celle ayant fait l'objet de la décision du 27 mai 2019, à savoir une polyarthrite rhumatoïde. L'intimé a considéré qu'elle était désormais totalement incapable de travailler dans toute activité, mais qu'à défaut de nouveau cas d'assurance cette aggravation ne pouvait ouvrir un droit à une rente.

7.1 Il est établi médicalement et admis à juste titre par les parties que l'état de santé de la recourante s'est indubitablement péjoré entre la décision du 27 mai 2019 et le dépôt de la nouvelle demande le 27 septembre 2021. L'aggravation est attestée tant par les trois médecins traitants que par le SMR. La modification est en outre notable, dans la mesure où la capacité de travail est désormais nulle dans toute activité selon l'ensemble des médecins, alors qu'elle avait précédemment été évaluée à 50% dans l'activité habituelle par le SMR. Ce dernier fixe le moment de l'aggravation au mois de mai 2020, sur la base du rapport de consultation du Dr NISSEN du 26 mai 2020 faisant état d'une détérioration de l'état de santé et de l'intensification du traitement. Les questions de la date de la péjoration et de son ampleur peuvent cependant demeurer ouvertes au vu des considérants développés ci-après relatifs à l'origine de cette aggravation.

7.2 En effet, si les parties s'accordent sur une péjoration de l'état de santé entraînant une modification notable du degré d'invalidité, elles s'opposent en revanche sur la cause de celle-ci et, partant, sur l'existence d'un nouveau cas d'assurance. L'intimé considère que la modification de la capacité de travail est la conséquence de l'aggravation de la polyarthrite rhumatoïde, soit un état préexistant qui ne crée pas un nouveau cas d'assurance. De son côté, la recourante soutient qu'elle résulte de nouvelles affections. Ainsi, le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde inflammatoire séropositive posé le 4 novembre 2020 par le Dr D_____, est bien plus précis et diffèrerait en intensité par rapport à celui de « polyarthrite rhumatoïde non érosive » retenu par le Dr F_____, non spécialiste en rhumatologie, en février 2018. De plus, la Dresse E_____ et la Dresse

C_____ ont également fait état de diagnostics sans lien avec la polyarthrite rhumatoïde et avec incidence sur la capacité de travail (notamment un excès pondéral hypothalamique, un diabète insipide et secondairement une insuffisance corticotrope et thyréotrope), de sorte qu'il existe bien des nouvelles atteintes constitutives d'un nouveau cas d'assurance.

8. Au vu de ces divergences, il convient donc de comparer la situation médicale au moment du refus de la première demande de prestations avec la situation prévalant lors du dépôt de la seconde, afin d'évaluer si une atteinte à la santé totalement différente de celle qui prévalait initialement est survenue dans l'intervalle et cause, de par sa nature et sa gravité, une incapacité de travail de 40% au moins en moyenne sur une année.

9. Pour ce qui est de la situation lors de l'examen de la première demande de prestations, il y a lieu de se référer aux divers rapports médicaux émanant tant des médecins traitants de la recourante que du SMR.

9.1 Ainsi, dans son certificat initial non daté et annexé à la demande de prestations du 12 janvier 2017, la Dresse C_____ a fait état des diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative sévère, ainsi que d'une tumeur hypophysaire avec, pour conséquences, une aménorrhée secondaire, un diabète insipide central substitué, une insuffisance thyréotrope et orthotrope substituée et une insuffisance somatotrope substituée hypoprolactinémie modérée. Dans son rapport du 25 janvier 2017, le Dr D_____ a pour sa part retenu les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde inflammatoire, neuro-infundibulite hypophysaire, carence en vitamine D, stéatose hépatique et « père avec psoriasis cutané ». Enfin, la Dresse E_____ fait état, dans un rapport du 2 novembre 2016, d'une neuro-infundibulite hypophysaire, d'un excès de poids, d'une carence en vitamine D, dyslipidémie et d'une polyarthrite inflammatoire séronégative.

Parmi ces médecins, seule la Dresse C_____ s'est prononcée sur la capacité de travail de la recourante à cette époque, en indiquant qu'elle était nulle en raison de très fortes douleurs liées à sa polyarthrite rhumatoïde (voir son rapport du 13 avril 2017 à l'attention du SMR). Dans son rapport subséquent du 10 janvier 2021, elle a encore précisé que l'incapacité totale avait toujours existé depuis 2014. Concernant les limitations fonctionnelles, elle a estimé que la recourante ne pouvait pas rester dans la même position plus de 20 minutes, ni porter de charge supérieure à 5 kilogrammes.

9.2 Quant au SMR, dans son rapport final du 6 février 2018, il a retenu le diagnostic principal de polyarthrite rhumatoïde non érosive avec incidence sur la capacité de travail. Il a également posé les diagnostics d'hernie discale C6-C7 asymptomatique côté droit, discopathie L5-S1, maladie de Baastrup L3-L4 et L4-L5 asymptomatique, arthrose radiocarpienne bilatérale, arthrose de l'articulation métatarso-phalangienne des gros orteils. La capacité de travail de la recourante était nulle, à partir de juillet 2016, puis de 50% dans la dernière activité

d'assistante administrative, ce dès le 24 janvier 2017, soit la date de l'amélioration constatée par le Dr D_____ du fait de la diminution des douleurs consécutives à un changement de traitement. La capacité de travail était déterminée sur le plan rhumatologique par « la tolérance aux contraintes mécaniques des articulations dans le cadre d'une polyarthrite ». Les limitations fonctionnelles figurant dans le rapport étaient les suivantes : pas de marche sans arrêt au-delà de 20 minutes, de position debout statique au-delà de 10 minutes, de position assise au-delà d'une heure, de port de charge au-delà de 3 kilos, de mouvements répétitifs ou contre résistance, de postures en porte-à-faux, de montées et descentes fréquentes d'escaliers. La capacité de travail était nulle dans toute activité de juillet 2016 au 23 janvier 2017. Dès le 24 janvier 2017 elle était de 50% dans la dernière activité d'assistante administrative, du fait de la diminution des douleurs de moitié suite à une modification de traitement.

9.3 De manière générale, il appert que pour ce qui est de l'évaluation de l'état de santé de la recourante lors de sa première demande de prestations, les constatations et conclusions des médecins-traitants et du SMR sont concordantes, pour le moins en ce qui concerne les aspects pertinents à la résolution du présent litige. Il existe en effet un consensus entre la médecin traitante et le SMR (les autres médecins ne s'étant pas prononcés sur ce point), d'une part sur l'existence d'une invalidité au moment de l'examen de la première demande et, d'autre part, sur le fait que dite invalidité découle d'une polyarthrite rhumatoïde et de ses développements. Les principaux points de désaccord reposent sur la capacité de travail résiduelle de la recourante au-delà du 24 janvier 2017, estimée nulle par la Dr C_____, et de 50% dans une activité d'assistante administrative par le SMR, ainsi que sur l'étendue des limitations fonctionnelles.

Or, ces questions peuvent demeurer ouvertes, dans la mesure où elles ne remettent pas en cause l'existence d'une atteinte invalidante, la polyarthrite rhumatoïde, ouvrant, sous l'angle médical, le droit à une rente, dans la mesure où elle a occasionné une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année. Les parties ne semblent d'ailleurs pas remettre en question l'existence de ce premier cas d'assurance, non couvert par l'intimé du fait d'une durée de cotisation insuffisante.

10. Il convient donc maintenant d'établir la situation médicale lors du dépôt de la demande du 8 septembre 2020. À cet égard, comme déjà indiqué, il est admis et établi qu'une aggravation est bien survenue en mai 2020, de sorte que la capacité de travail est nulle dans toute activité, dès cette période au plus tard. C'est ainsi uniquement les causes de cette aggravation, et donc la question de la survenance d'un nouveau cas d'assurance entre les deux demandes, qu'il convient d'examiner.

10.1 L'intimé estime que l'aggravation découle essentiellement de la polyarthrite rhumatoïde et qu'il n'y a pas d'autre atteinte invalidante. Cette affirmation

reposant sur l'appréciation du SMR, il convient d'examiner la valeur probante de celle-ci.

Dans le cadre de la seconde demande de prestations, le SMR a été sollicité à diverses reprises. Suite au rapport du 4 novembre 2020 du Dr D_____ attestant d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, le SMR a initialement recommandé à l'intimé la reprise de l'instruction et l'envoi de questionnaires auprès des trois médecins traitants. À réception des réponses des docteurs D_____, E_____ et C_____, il a procédé, le 15 février 2021, à un nouvel examen du dossier, concluant, sur la base de celles-ci, que l'état de santé s'était effectivement aggravé depuis mai 2020, période à partir de laquelle la capacité de travail est nulle dans toute activité. L'atteinte incapacitante consistait en une « polyarthrite rhumatoïde séropositive avec ténosynovites inflammatoires chroniques ». Il a retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « limitations dans toutes les activités avec les mains en raison de la persistance de ténosynovites inflammatoires chroniques, fatigue, éviter le port de charges de plus de 3 kg, la marche sans s'arrêter de plus de 20 min., la position statique debout supérieure à 10 min., la position assise au-delà d'une heure, les mouvements répétitifs, les postures en porte-à-faux, les escaliers à répétition, le travail en hauteur, les positions à genoux et accroupie ». Le 21 septembre 2021, suite à l'opposition de la recourante au projet de décision, le SMR a maintenu que la seule atteinte incapacitante résiderait bien dans la polyarthrite, diagnostiquée en 2012.

10.2 La chambre de céans estime, qu'au vu du dossier, l'appréciation du SMR quant à la nature de l'atteinte incapacitante est pour le moins claire et convaincante. À cet égard et contrairement à ce que semble soutenir la recourante, l'analyse est en substance concordante avec les rapports transmis par les médecins traitants et principalement celle du Dr D_____ qui retient également la polyarthrite rhumatoïde comme unique diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Concernant l'évolution de l'état de santé, il constate, depuis 2014 (date de début du suivi), une amélioration des synovites, mais une persistance des ténosynovites, ce malgré un traitement important. Du fait de cette inflammation persistante, la recourante présente des limitations fonctionnelles très importantes. Elle est très restreinte dans toutes les activités nécessitant l'usage de ses mains et est également fatiguée du fait de sa maladie. Au vu de ces éléments, elle doit être considérée « sans aucun doute » comme invalide à 100% du point de vue rhumatologique.

10.3 Pour le surplus, s'il existe effectivement des divergences entre la position du SMR et du Dr D_____ d'une part et certaines positions des Dresses C_____ et E_____ d'autre part, il convient de constater que, sur la question de l'origine de l'aggravation de l'état de santé, les conclusions de ces dernières sont peu convaincantes.

10.3.1 Pour rappel, dans son certificat du 10 novembre 2020, la Dresse C_____ pose les mêmes diagnostics que dans les certificats médicaux qu'elle avait établis à l'appui de la première demande. Elle fait cependant état, en sus, « d'une péjoration avec arthrose des poignets et une synovite des poignets et des MCP », ce depuis 2018. Dans le formulaire complémentaire adressé à l'intimé le 10 janvier 2021, la médecin traitante indique comme uniques diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail : une polyarthrite rhumatoïde depuis environ 2010 et un syndrome anxio-dépressif réactionnel à sa maladie depuis environ 2015.

Tant l'arthrose et les synovites découlent directement de la polyarthrite rhumatoïde, dont ils constituent des conséquences courantes. Quant au syndrome anxio-dépressif réactionnel à la polyarthrite, s'il semble découler de celle-ci de par sa qualification même, il n'est par ailleurs absolument pas étayé. Il n'est jamais mentionné par un médecin en dehors du rapport du 10 janvier 2021. Il ne semble pas faire l'objet d'un traitement ou d'un suivi quelconque et son éventuelle incidence sur la capacité de travail n'est pas non plus explicitée.

10.3.2 Du point de vue endocrinologique, la Dresse E_____ fait état des diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de polyarthrite rhumatoïde, de diabète insipide, secondairement d'une insuffisance corticotrope et thyréotrope ainsi que d'excès pondéral hypothalamique (réponse 1 au questionnaire de l'intimé du 20 décembre 2020). Les incidences des diagnostics autres que la polyarthrite ne sont cependant pas du tout substantifiées. En effet, concernant l'évolution de l'état de santé, elle écrit « malgré très bonne compliance à substitution hormonale et bon dosage : tendance à prise pondérale dans un contexte d'atteinte hypothalamique sur neuroinfundibulité et surtout sur développement d'une atteinte poly-articulaire » (réponse 5, soulignée par la médecin). Relativement à la capacité à reprendre le travail, elle indique que, sous l'angle endocrinologique, une activité est possible pour autant qu'il soit possible de faire des pauses et d'avoir accès à des boissons du fait du diabète insipide (réponse 10). Elle précise cependant, que la patiente est limitée du fait de son atteinte articulaire (réponse 11). Elle indique en outre n'avoir pas évalué la capacité de travail de la recourante pour laquelle elle renvoie l'intimé au rhumatologue (réponse 12), avant d'écrire que, du point de vue de sa spécialité, une activité professionnelle sans mouvements est éventuellement possible à 50% mais qu'il appartient au rhumatologue de s'exprimer (réponse 13). Sous l'angle des limitations fonctionnelles, la médecin précise encore : « atteintes fonctionnelles surtout fonctionnelles sur atteinte rhumatologique, légère amélioration transitoire articulaire à l'introduction de l'hormone de croissance » (réponse 6).

À nouveau, il appert que la polyarthrite rhumatoïde et ses effets directs sont les seules atteintes invalidantes. Concernant le diagnostic de panhypopituitarisme (connu depuis 2010) nécessitant une substitution hormonale multiple et entrainant

un excès pondéral d'origine hypothalamique, comme le SMR le rappelle dans son rapport du 21 septembre 2021, il n'empêche pas l'exercice d'une activité professionnelle, moyennant la possibilité de faire des pauses et un accès libre aux boissons. Il n'est donc pas invalidant au sens de la loi.

10.3.3 Au vu de ces rapports, la chambre de céans ne peut que suivre l'analyse du SMR et constater que la détérioration de l'état de santé est essentiellement, sinon exclusivement, la conséquence de l'évolution de la polyarthrite rhumatoïde préexistante. Elle relève en outre que, même s'il y avait lieu de considérer d'autres atteintes comme ayant joué un rôle dans l'aggravation, elles ne sauraient par leur nature et leur gravité, justifier une incapacité de travail de 40 % au moins en moyenne sur une année, respectivement à fonder le droit à une rente d'invalidité.

10.4 Enfin, contrairement à ce que soutient la recourante, le fait que le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde inflammatoire séropositive (posé par le Dr D_____ le 4 novembre 2020) soit plus précis et diffère en intensité par rapport au diagnostic de polyarthrite rhumatoïde non érosive (diagnostiquée par le Dr F_____ le 6 février 2018), ne saurait être constitutif d'un nouveau cas d'assurance. Indépendamment de la dénomination, il ne fait en effet aucun doute qu'il s'agit bien de la même atteinte, connue depuis environ 2010, reconnue comme invalidante depuis juillet 2017 et qualifiée successivement de polyarthrite inflammatoire séronégative (rapport du Dr D_____ du 7 octobre 2014), polyarthrite rhumatoïde séropositive non érosive (rapport du Dr D_____ du 12 juillet 2016), polyarthrite rhumatoïde inflammatoire avec facteurs rhumatoïde positifs, anticorps et anti-CCP négatifs non érosive (rapport du Dr D_____ du 25 janvier 2017), polyarthrite rhumatoïde séronégative sévère (rapport de la Dresse C_____ du 13 avril 2017), polyarthrite rhumatoïde non érosive (rapport du Dr F_____ le 6 février 2018) et enfin polyarthrite rhumatoïde inflammatoire séropositive (rapport du Dr D_____ du 4 novembre 2020). Il est en effet incontestable qu'il s'agit bien d'une seule et même atteinte à la santé qui a préexisté à la première demande de prestations de la recourante et non pas de deux maladies distinctes.

10.5 Au vu de ces éléments, c'est ainsi à juste titre que l'intimé n'a pas admis de nouveau cas d'assurance et a rejeté la demande de prestations de la recourante du 8 septembre 2020.

11. Le recours sera donc rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. 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
Adriana MALANGA	Valérie MONTANI

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