

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3843/2009

ATAS/591/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 27 mai 2010**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, domiciliée à THÔNEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Eugen MAGYARI,  
Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Le 6 octobre 1999, Madame B\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née en 1959, inscrite auprès de l'assurance-chômage depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999, a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (OAI), une demande de prestations sous forme d'orientation professionnelle et de reclassement dans une nouvelle profession en invoquant une fibromyalgie.
2. Cette demande a été rejeté par décision du 14 février 2002. Cette décision était basée sur les éléments suivants :
  - un rapport établi le 18 mai 1999 par le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, excluant tout syndrome radiculaire du membre supérieur gauche et relevant que tous les points de fibromyalgie étaient positifs avec une nette prédominance du côté gauche;
  - un rapport établi le 25 octobre 2009 par la Dresse M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée posant les diagnostics d'état dépressif, de fibromyalgie avec cervico-brachialgies chroniques à gauche, d'infertilité, de rhino-conjonctivite allergique, de colopathie fonctionnelle et de surcharge pondérale; le médecin attestait d'une incapacité de travail totale à compter du 8 mars 1999; il expliquait que sa patiente ne pourrait reprendre son activité d'aide-soignante en raison de ses cervico-brachialgies chroniques, de sa fibromyalgie et de son état dépressif marqué; selon lui, toute activité impliquant le port de lourdes charges ou des mouvements répétitifs des membres supérieurs était désormais exclue; en revanche, il émettait l'avis que sa patiente pourrait exercer à mi-temps une activité adaptée c'est-à-dire lui permettant d'éviter de rester assise ou debout plus de 4 heures par jour, de conserver une même position plus d'une heure, d'incliner le buste, de s'accroupir, de soulever une charge au moyen du bras gauche, d'effectuer des mouvements répétitifs du dos, de se baisser; il lui fallait également éviter le port de charge, les horaires de travail irréguliers ou de nuit, le travail en hauteur et, enfin, l'exposition à la poussière;
  - un rapport d'expertise établi le 3 décembre 2001 par les Drs. N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et O\_\_\_\_\_, psychiatre, exerçant tous deux à la Clinique romande de réadaptation, concluant à l'absence de toute limitation physique ou psychique susceptible d'entraver la capacité de travail de l'intéressée; les experts estimaient que des facteurs extra-médicaux intervenaient dans l'évolution défavorable de l'état de l'intéressée et émettaient l'avis que le recours à des mesures de réadaptation professionnelle serait dénué de sens, les difficultés d'intégration de l'assurée résultant d'un trouble de l'adaptation et non d'une atteinte à la santé de longue durée.

3. Le 18 mai 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de son assistante sociale, a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une fibromyalgie, un état dépressif et un diabète de type II.
4. Par courrier du 25 mai 2009, l'assurée a transmis à l'OAI une attestation médicale établie le 30 avril 2009 par la Dresse M\_\_\_\_\_. Cette attestation faisait mention de douleurs invalidantes secondaires à une fibromyalgie présente depuis 1999 et associée à un état dépressif chronique.
5. Par courrier du 29 mai 2009, l'OAI a invité l'assurée à lui indiquer quels faits nouveaux elle invoquait à l'appui de sa nouvelle demande.
6. Par courrier du 7 juillet 2009, la Dresse M\_\_\_\_\_ a expliqué qu'elle suit l'assurée depuis 10 ans. Elle s'est référée à son rapport du mois d'octobre 1999 et précisé que sa patiente souffrait toujours d'un état anxio-dépressif moyen, ainsi que d'importantes douleurs du rachis et de l'hémicorps gauche. Elle a précisé que ces douleurs étaient fluctuantes et interféraient avec les activités ménagères. Le médecin a émis l'avis que sa patiente était dans l'incapacité de travailler. Il a précisé que l'assurée avait développé un diabète de type II, traité par insuline et anti-diabétiques oraux, mais que l'examen clinique était pour le surplus superposable à celui de 1999, avec de multiples points douloureux à la palpation des insertions compatibles avec une fibromyalgie sans altération des structures ostéo-articulaires.
7. Le 23 juillet 2009, la Dresse P\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional AI (SMR), a émis l'avis que l'état de l'assurée était similaire à ce qu'il était en 1999.
8. Le 24 juillet 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, au motif qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que son état s'était aggravé depuis février 2002.
9. Par courrier du 12 août 2009, l'assurée a contesté ce projet en invoquant la réalité de sa maladie, dont elle a souligné qu'elle limitait énormément ses capacités. Elle a déclaré s'être pliée en vain à de nombreuses mesures thérapeutiques telles que physiothérapie, acupuncture, ostéopathie, sophrologie, relaxation, chiropratique, et ingestion de médicaments. Enfin, elle a produit les copies de ses ordonnances médicales pour démontrer la lourdeur de son traitement médicamenteux.
10. Le 23 septembre 2009, l'OAI a rendu une décision de refus d'entrer en matière, dont la motivation était similaire à celle figurant dans le projet de décision du 24 juillet 2009.

11. Par courrier du 14 octobre 2009 adressé à l'OAI et transmis au Tribunal de céans comme objet de sa compétence, l'assurée (ci-après la recourante) a interjeté recours contre cette décision en alléguant qu'elle était vraiment malade.
12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 novembre 2009, a conclu au rejet du recours. Il rappelle que l'assuré qui demande la révision de son dossier doit établir de manière plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits et qu'à défaut, comme c'est le cas en l'occurrence, l'administration doit rejeter sa demande sans autre examen.
13. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 27 mai 2010 au cours de laquelle la recourante a déclaré qu'elle avait le sentiment que sa situation s'était aggravée depuis la 1<sup>ère</sup> décision de l'intimé. Elle a expliqué que ses douleurs sont telles qu'il lui est extrêmement difficile d'accomplir ses tâches ménagères; elle passe la moitié du temps bloquée et n'arrive pas à marcher plus de quelques mètres. Elle a indiqué que c'était son médecin traitant, en qui elle a confiance, qui se charge de la suivre sur le plan psychique. La recourante a en outre précisé qu'elle souffre de diabète et d'allergie au pollen. Enfin, elle a persisté dans ses conclusions, alléguant que retirer son recours reviendrait à admettre qu'elle n'est pas malade.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1). Les modifications de la LAI relatives à la 4<sup>ème</sup> et à la 5<sup>ème</sup> révisions sont entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b).

4. Le recours, interjeté dans les délai et forme légaux auprès de l'intimé, qui l'a transmis au Tribunal de céans comme objet de sa compétence, est recevable (art. 56 ss LPGA).
5. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.
6.
  - 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).
7. En l'espèce, la première décision de refus de prestations remonte à février 2002. Elle était fondée essentiellement sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, laquelle retenait que le trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychiatrique significative diagnostiqué chez la recourante était sans répercussion sur sa capacité de travail.

Du courrier de la Dresse M\_\_\_\_\_ du 8 juillet 2009, adressé à l'intimé à l'appui de la nouvelle demande de prestations de la recourante, il ressort que la seule atteinte nouvelle dont souffre la recourante est un diabète de type II, traité par insuline et anti-diabétiques oraux. Dans la mesure où le médecin ne fait pas valoir que ce diabète serait d'une gravité telle qu'il aurait une incidence quelconque sur la capacité de travail de sa patiente, cette affection ne constitue pas à elle seule une aggravation de l'état de santé justifiant que l'on procède à la révision du droit à la rente. Quant aux autres diagnostics, la Dresse M\_\_\_\_\_ a reconnu explicitement que l'examen clinique était superposable à celui de 1999. En d'autres termes, le médecin traitant de la recourante ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé de cette dernière.

Par surabondance de moyens, on relèvera que l'expertise réalisée en 2001 par les Drs N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ tenait compte de l'ensemble des plaintes de la recourante et discutait les diagnostics posés par son médecin traitant de manière complète. Bien qu'il n'y ait pas lieu de revenir ici sur une décision entrée en force, on en tirera donc la conclusion que le refus de prestations du 14 février 2002 fondé sur cette expertise reposait dès lors sur une appréciation complète de l'état de santé de la recourante.

Partant, force est de constater qu'aucun élément objectif rendant plausible une détérioration de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer son droit n'a été mis en évidence, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a refusé d'entrer en matière.

8. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Le déclare 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

Yaël BENZ

Karine STECK

La secrétaire-juriste : Christine PITTELOUD

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