

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4005/2008

ATAS/103/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 3 février 2010

En la cause

Madame H_____, domiciliée à GENÈVE

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Monique STOLLER
FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Le 17 mars 2004, Madame H_____, née en 1950, sans formation, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI, assurance, administration, intimé). Elle y précisait avoir été employée en qualité de gérante-adjointe / caissière au sein d'un magasin du 1^{er} septembre 1999 au 31 janvier 2004 (date de sa démission pour raisons de santé) ; avoir été en incapacité de travail totale du 9 août 2003 au 31 janvier 2004, puis à 50 % à compter de cette dernière date en raison d'insuffisance cardiaque et de mauvaise gestion du stress.
2. Procédant à l'instruction de la cause, l'administration a réuni divers documents médicaux, parmi lesquels figure un rapport du 19 avril 2004 du docteur L_____, spécialiste en cardiologie. Ce praticien y posait les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cardiomyopathie dilatée d'origine indéterminée depuis août 2003 et de diminution modérée de la fraction d'éjection du ventricule gauche aux alentours de 45-50 %. Il mentionnait également, sans influence sur la capacité de travail, un état dépressif chronique. L'état de santé était stationnaire, la capacité de travail ne pouvait pas être améliorée par des mesures médicales. Un travail physiquement lourd n'était pas envisageable ; en conséquence, son poste de travail, lequel impliquait le port de charges (gestion du stock et mise en place des aliments et boissons), n'était pas compatible avec l'affection constatée et l'intéressée devait être libérée de tout travail de force.
3. Le docteur M_____, médecin traitant généraliste, mentionnait quant à lui, dans son rapport du 25 mai 2004, une cardiomyopathie dilatée d'origine indéterminée depuis août 2003, un état dépressif traité (depuis 2004) et un état anxieux. Sans répercussion sur la capacité de travail, il faisait également état d'une hernie hiatale, de lombalgies chroniques et de nuchalgies. Le médecin rapportait des plaintes sous forme de lombalgies invalidantes, insomniantes, de douleurs dans l'épaule gauche et la nuque, de même que des attaques de panique, des troubles de la concentration, du sommeil et une agressivité. Le traitement (hors cardiopathie) se composait de physiothérapie, ainsi que de la prise d'un somnifère, d'un anxiolytique et d'un antidépresseur.
4. Le 18 août 2003, les docteurs N_____ et O_____, du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), où la patiente était hospitalisée en raison d'une tachycardie sinusale et d'une décompensation cardiaque gauche, ont examiné cette dernière à la demande de leurs confrères cardiologues pour déterminer si la médication antidépressive pouvait être arrêtée sans autre eu égard à sa potentielle participation à la tachycardie sinusale dont souffrait l'intéressée. Ces spécialistes ont retenu un trouble dépressif récurrent (sur événements traumatiques) actuellement en rémission (F33.4) et une dépendance

aux benzodiazépines (F13.25). Ils n'ont pas estimé utile de maintenir un traitement antidépresseur, mais ont proposé de laisser à la patiente un somnifère à prendre en cas de nécessité au regard des troubles du sommeil existant de longue date (une investigation à leur propos leur semblait opportune).

5. L'OAI a confié une expertise psychiatrique au docteur P_____, spécialiste dans le domaine considéré. Celui-ci a rendu son rapport en date du 25 septembre 2004. Il n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique avec effet sur la capacité de travail. Par contre, les affections suivantes, sans répercussion sur cette dernière, étaient mentionnées : insomnie primaire (depuis l'âge de 15 ans), trouble dépressif majeur, épisode d'intensité sévère sans caractéristiques psychotiques (en 1980), trouble de l'adaptation à la fois anxiété et humeur dépressive (en 1993 et 2002), attaques de panique situationnellement liées (induites par un monitoring cardiaque lors de la rééducation en 2003) et traits de personnalité obsessionnelle et compulsive (intransigeante perfectionniste, rigide, depuis l'âge adulte). La capacité de travail, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles physiques, a été estimée à 50 % en correspondance avec les propos de l'expertisée. L'expert parle en effet d'une diminution de rendement de 50 %, le perfectionnisme combiné à l'anxiété induite par le problème cardiaque pouvant rendre l'intéressée plus vulnérable au stress. Il préconise par conséquent, sous la rubrique « mesures de réadaptation professionnelle », la possibilité de s'habituer à un rythme de travail, qui devrait tenir compte d'une mauvaise gestion du stress, probablement passagère. L'idéal serait donc, selon le médecin, que l'assurée puisse reprendre ses marques dans sa nouvelle profession sans qu'elle ne soit soumise à trop de pression au début.
6. Procédant à l'appréciation du cas d'un point de vue médical, le docteur Q_____, du SERVICE MEDICAL REGIONAL LEMAN de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a considéré que l'incapacité de travail retenue par l'expert psychiatre ne pouvait être reconnue en l'absence de diagnostic et de limitations fonctionnelles psychiatriques. Il a donc fixé, dès le 1^{er} avril 2004, la capacité résiduelle de travail à 100 % dans une activité de vendeuse ou de caissière n'impliquant pas le port ou la manipulation de charges lourdes, telle que décrite par le cardiologue.
7. Par décisions du 16 décembre 2004, l'OAI, considérant l'assurée pleinement capable de travailler, a refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel et d'une rente.
8. Le 21 janvier 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, dans laquelle on apprend qu'elle a travaillé du 27 février 2006 au 27 février 2007 pour le compte de l'Office des poursuites, qu'elle est au chômage depuis cette date et en arrêt de travail pour motifs médicaux (dépression) depuis le 1^{er} août 2007.

9. Le 15 avril 2008, l'OAI a reçu un rapport médical du docteur R_____, nouveau médecin traitant spécialiste en médecine générale et médecine interne, qui a relaté un état dépressif depuis 2005 avec influence sur la capacité de travail, ainsi que des accès de tachycardie. Un traitement antidépresseur et un suivi psychiatrique (avec plusieurs changements de thérapeute) étaient en cours ; les périodes d'incapacité de travail suivantes étaient rapportées : du 25 février au 31 mars 2005 (incapacité totale), les 4 et 5 mai 2006, du 12 mai au 5 juin 2006 et, à 50 %, du 6 au 25 juin 2006. Pour la période subséquente, il convenait de se référer au psychiatre.
10. Ledit spécialiste, en la personne du docteur S_____, a transmis son avis le 16 avril 2008 à l'assurance. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent depuis environ 10 ans (F33), de dépendance à l'alcool actuellement abstinente depuis également 10 ans (F10.2), de personnalité émotionnellement labile depuis l'enfance (F6.3) et, sans influence sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, ainsi que de personnalité émotionnellement labile. Le médecin a décrit une patiente connue pour trouble bipolaire, alcoolisme de longue date actuellement abstinente, tentamen suicidaire, dépression récurrente avec amélioration relative malgré le traitement, qui présente une anhédonie, un retrait chez elle, des difficultés relationnelles, une importante insomnie, des idées noires fluctuantes. Il a constaté une fatigue, un discours pessimiste, l'absence de projet d'avenir, des difficultés relationnelles, une insomnie chronique et une solitude. Sous traitement psychothérapeutique et médicamenteux, le pronostic demeurait pourtant plutôt mauvais et la capacité de travail était nulle depuis le 18 août 2007. En outre, il existait un risque, en cas de reprise de l'activité habituelle, de décompensation du trouble bipolaire et de suicide. Des difficultés à gérer le stress au travail étaient à ce propos mises en exergue.
11. Sur requête de l'OAI, les HUG ont produit les rapports relatifs aux séjours de l'assurée dans leurs services.

Un premier rapport du 14 septembre 2006 signé par le docteur MAIRE, chef de Clinique au Centre d'accueil et d'urgences, fait mention d'une admission le 8 septembre 2006 suite à la prise impulsive d'environ 80 comprimés de somnifères et tranquillisants après une déception au sujet d'allocations qui n'auraient pas été accordées. A la sortie (le 13 septembre 2006), l'attitude de la patiente est qualifiée de fluctuante, sa thymie est dépressive, il y a perte de l'élan vital, un sentiment d'échec et de perte (liée à la maladie cardiaque), des troubles du sommeil anciens, une anxiété paroxystique vespérale et un regret de son geste que l'intéressée qualifie d'appel à l'aide. Le médecin a diagnostiqué une intoxication aux psychotropes et un trouble dépressif majeur, épisode actuel moyen.

Le 16 août 2007, le docteur ALVES, du même service, a exposé une admission le 31 juillet sur demande de l'assurée en raison d'idées suicidaires dans le contexte d'un conflit de longue date avec sa filleule. La patiente présentait à son arrivée une

symptomatologie dépressive marquée sans idées suicidaires. Après quelques heures dans le service, elle avait demandé à pouvoir rentrer à domicile, ce qui lui avait été accordé en l'absence de critère pour une hospitalisation non volontaire. Les diagnostics étaient alors un trouble dépressif récurrent et une personnalité émotionnellement labile.

Dans un rapport subséquent, le docteur ALVES a fait état d'une hospitalisation non volontaire du 9 au 14 août 2007 suite à l'absorption de médicaments en vue de mettre un terme à ses jours dans le cadre d'un conflit familial. Les diagnostics retenus alors étaient un trouble dépressif majeur, une dépendance à l'alcool et une personnalité émotionnellement labile. Lors de la sortie, la patiente était calme, objective, orientée, les affects étaient congruents à l'humeur, le discours cohérent, logorrhéique. Il n'y avait pas de trouble du contenu. La thymie était dépressive, le sommeil amélioré, de même que l'appétit et la culpabilité était moindre. Il n'y avait ni idées suicidaires, ni symptômes psychotiques.

12. Le 23 juin 2008, l'OAI a communiqué à l'assurée que des mesures de réadaptation n'étaient actuellement pas possibles en raison de son état de santé, mais que l'instruction du dossier allait être poursuivie pour examiner le droit à une éventuelle rente.
13. Sur requête de l'administration, le docteur S_____ s'est prononcé sur les différences existant entre l'expertise établie par le docteur P_____ en 2004 et ses constatations personnelles actuelles. Le médecin a considéré que la progression de la maladie (à savoir les troubles bipolaires) avait nécessité des hospitalisations et que l'état de santé demeurait fragile, le seuil de stress au travail étant diminué. Les épisodes d'anxiété et d'attaques de panique ne permettaient pas d'atteindre la stabilité nécessaire à l'accomplissement d'une activité professionnelle régulière. L'important état d'épuisement accompagné d'anhédonie était fluctuant et se répercutait de façon conséquente sur la vie quotidienne de la patiente qui vivait désormais seule, se renfermant sur elle-même et n'arrivant pas à faire de projets d'avenir. Au vu du contexte de vie, le pronostic était incertain, voire mauvais, une progression des troubles étant fortement probable. Enfin, le rendement de travail était actuellement nul et les troubles psychiatriques ne permettaient pas à l'assurée de s'adapter à un milieu de travail.
14. Le docteur BERGER, du SMR, a estimé que l'ensemble des pathologies décrites par le psychiatre traitant étaient déjà présentes lors de l'expertise du docteur P_____, à l'exception des troubles bipolaires, qui constituaient un diagnostic non concordant avec le dossier médical et non étayé. Quant aux rapports d'hospitalisation, ils ne reflétaient que des situations de crise avec une certaine difficulté de l'assurée à gérer la situation. Les séjours étaient de surcroît très courts et le traitement psychiatrique de sortie tout à fait simple. Dans ces circonstances, le

médecin a considéré qu'aucun élément médical nouveau n'avait été rapporté et qu'une aggravation de l'état de santé n'avait pas été rendue plausible.

15. Le 1^{er} septembre 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait refuser la nouvelle demande de rente eu égard à l'absence d'aggravation de l'état de santé. L'activité habituelle de vendeuse / caissière sans port ou manipulation de charges lourdes demeurait exigible à plein temps.
16. En l'absence de contestation de son projet de décision, l'OAI l'a confirmé formellement en date du 7 octobre 2008.
17. Par acte du 7 novembre 2008, Jacqueline H_____ interjette recours à l'encontre de cette décision, dont elle requiert, sous suite de frais, l'annulation, concluant principalement à l'octroi d'une rente d'invalidité et subsidiairement au renvoi du dossier à l'intimé pour complément d'instruction ou mise en place d'une expertise psychiatrique judiciaire. En substance, elle fait valoir que l'administration a pris sa décision sans avoir actualisé la situation d'un point de vue médical. Elle reproche en effet à l'OAI d'avoir tenu compte d'une évaluation effectuée par un spécialiste il y a plus de quatre ans et d'avoir écarté sans motivation les conclusions de son psychiatre traitant.
18. Dans un rapport du 15 décembre 2008, le docteur S_____ a exposé son point de vue. Il a mis en exergue le fait que sa patiente souffrait depuis 1978 de céphalées persistantes, raison pour laquelle elle avait été mise sous benzodiazépines, dont elle était devenue dépendante. Ensuite de la perte de la garde de sa filleule, l'intéressée avait fait un épisode dépressif sévère avec idées suicidaires, anhédonie, périodes d'insomnie, sautes d'humeur alternant avec des moments d'euphorie. Un traitement médicamenteux ad hoc lui avait permis de reprendre le travail. L'évolution avait alors été marquée par des insomnies résistant aux somnifères et des périodes dépressives avec idées suicidaires, difficilement soulagées par les antidépresseurs. La recourante s'était alors mise à consommer de l'alcool afin de pallier la symptomatologie (anxiété, sautes d'humeur, logorrhée). Depuis l'apparition de la problématique cardiaque, la symptomatologie dépressive s'était accentuée avec anhédonie, tristesse profonde, périodes d'insomnie résistante, altération de l'humeur et le traitement s'était avéré peu efficace. La symptomatologie était, de l'avis du docteur S_____, compatible avec des troubles de l'humeur bipolaires. En 2006 avait eu lieu un tentamen médicamenteux avec alcool et une hospitalisation aux HUG où les diagnostics de trouble dépressif majeur et personnalité émotionnellement labile avaient été posés. Le médecin déclarait assurer le suivi de l'intéressée depuis août 2007, après la dernière hospitalisation. Il retenait le diagnostic de trouble affectif bipolaire sans précision (F31.9) chez une patiente souffrant d'insomnie résistant aux somnifères, présentant une anhédonie et une humeur fluctuante soulagées partiellement par un neuroleptique (pour le surplus, le traitement consistait en la prise d'un antidépresseur, ainsi que d'une

thérapie cognitivo-comportementale). Une reprise du travail était impossible, vu le risque de décompensation lié au facteur de stress et le pronostic était incertain. L'état de santé s'était dégradé progressivement depuis 2004 et, comparativement à ce qui était retenu dans l'expertise de 2004, l'évolution clinique psychiatrique, basée sur l'anamnèse, s'était accentuée. Le docteur S_____ a renvoyé aux symptômes cités qui, selon lui, n'avaient pas été constatés lors de l'expertise du docteur P_____.

19. Dans sa réponse au recours du 22 janvier 2009, l'intimé a mis en évidence que la demande déposée par la recourante en janvier 2008 constituait juridiquement une nouvelle demande et devait, par conséquent, être soumise aux mêmes principes qu'une demande de révision. Il appartenait en conséquence à l'assurée d'établir de façon plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Or, de l'avis de son service médical, les pathologies décrites par le psychiatre traitant étaient déjà présentes en septembre 2004 lors de l'expertise du docteur P_____. Il était dès lors manifeste que le dossier ne présentait aucun élément médical nouveau ni aggravation. Par ailleurs, l'administration a exposé que la contestation de l'appréciation médicale du dossier émanait du médecin traitant, dont on sait qu'il est généralement favorable à l'égard de son patient ; de surcroît, le suivi n'était assuré par ledit médecin que depuis août 2007, ce qui ne lui permettait pas de se prononcer clairement sur l'état de santé en 2004 et l'aggravation alléguée n'était en réalité fondée que sur les dires de l'assurée. Dans ces circonstances, l'intimé a conclu au rejet du recours et au maintien de sa décision attaquée.
20. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties le 1^{er} juillet 2009. A cette occasion, la recourante a déclaré avoir cessé toute activité lucrative en 2003 après la fin de son contrat de travail temporaire (placement par le chômage). Le 2 avril 2009, elle a exposé avoir fait une attaque cérébrale, avoir été hospitalisée durant une semaine et ne plus pouvoir assumer l'entretien de son ménage depuis lors. Elle présenterait également des problèmes mnésiques ainsi qu'une incontinence en traitement. D'un point de vue psychiatrique, le traitement avait été interrompu en 2003 en raison de la maladie de son psychiatre de l'époque. La situation s'était dégradée en 2008 suite à des conflits avec sa filleule. Le psychiatre actuel ne lui donnait toutefois pas satisfaction et elle était actuellement à la recherche d'un autre thérapeute.
21. Sur requête du Tribunal, la recourante a fait parvenir copie du rapport d'hospitalisation des docteurs SZTAJZEL et MOMJIAN de la Clinique de neurologie des HUG. Dans ce document, les médecins ont posé le diagnostic d'un accident ischémique transitoire frontal gauche et mentionné les antécédents d'hypertension artérielle, état dépressif avec status post plusieurs tentamens, status post appendicectomie et status post opératoire de l'humérus gauche. La patiente leur avait été adressée par les urgences pour suite d'investigations dans le cadre d'une chute sur faiblesse du membre inférieur droit, en l'absence de lésion

caractéristique sur le scanner cérébral et d'un status neurologique sans particularité. Dans la discussion, les médecins ont retenu une faiblesse du membre inférieur droit d'origine possiblement cardio-embolique et ils ont postulé une atteinte transitoire de l'artère cérébrale antérieure. Un traitement par Aspirine était instauré en attendant la réception des tests sanguins relatifs à la coagulation. Pour le surplus, le traitement de l'hypertension avait été réadapté et un médicament à base de benzodiazépine introduit en raison d'une crise tonico-clonique survenue suite à un sevrage de Somnium (l'assurée en prenait 3 à 4 comprimés le soir).

22. Ce rapport a été transmis à l'intimé qui a requis l'avis du SMR. Celui-ci s'est prononcé le 10 août 2009. Il a exposé qu'un accident ischémique transitoire était une atteinte qui, par définition, régressait entièrement donc sans laisser de séquelles, en moins de 24 heures. Les examens auxquels il avait été procédé aux HUG ne montraient rien d'anormal, si ce n'est des anomalies banales, sans signification pathologique. Il n'y avait donc pas d'incapacité de travail à long terme et les appréciations précédentes étaient maintenues.
23. En conséquence, l'intimé a persisté dans ses conclusions. La recourante a par contre renoncé à se prononcer, ensuite de quoi la cause a été gardée à juger.

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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
3. a) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Du point de vue temporel, sont normalement applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure, quant à elles, s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

b) Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

c) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (cf. ATF 129 cité ci-dessus et les références). Cela étant, s'agissant tant de l'évaluation de l'invalidité que des principes régissant l'examen des révisions et des nouvelles demandes de prestations suite à un refus, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. notamment Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Enfin, les nouvelles dispositions sont applicables en ce qui concerne les éventuelles mesures d'ordre professionnel, la décision entreprise étant postérieure à l'entrée en vigueur de la 5^{ème} révision.

4. Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 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'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. 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'art. 87 al. 4 RAI 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 114 consid. 2b).
5. En l'espèce, dans la mesure où l'intimé se réfère, dans son mémoire de recours, à l'art. 87 al. 4 RAI, il y a lieu d'examiner s'il s'est limité à un refus d'entrer en

matière. Tel n'est cependant manifestement pas le cas. En effet, l'office intimé n'a non seulement pas rendu de décision de refus d'entrer en matière, mais une décision de refus de prestations. Quand bien même pareil intitulé pourrait être l'objet d'une interprétation au vu du contenu somme toute succinct de l'acte administratif, il n'en demeure pas moins que l'intimé a requis des rapports médicaux auprès des médecins de la recourante et ne s'est pas contenté d'examiner les allégations de cette dernière. Dans ces circonstances, il y a lieu de considérer que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations.

6. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Il s'agit singulièrement de déterminer si les circonstances régnant au moment de la décision querellée ont subi un changement important par rapport à celles prévalant à la date de la décision de refus de prestations entrée en force.

a) A cet égard, on rappellera qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins.

b) Selon l'art. 17 LPGA, 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. Cela vaut

également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 notamment). Tout changement important des circonstances propre 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 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a).

7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 encore capable 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 261 consid. 4 et les références).

b) 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 est 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 en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 précité ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung, p. 297 ss).

c) Au sujet des 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 (arrêt du Tribunal fédéral du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2 ; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées). Il n'y

pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile à son patient.

d) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Etant 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 353 consid. 3b/ee).

8. Dans le cas présent, la recourante reproche implicitement à l'administration d'avoir mal évalué les circonstances prévalant au moment de la décision litigieuse. Elle soutient notamment que celle-ci aurait procédé à une appréciation erronée de sa capacité de travail en écartant, à tort, l'avis de son psychiatre traitant au profit de celui du docteur P_____. D'après elle, le rapport de ce médecin est ancien et ne saurait refléter la situation actuelle, décrite par le docteur S_____, dans la mesure où il ne prend pas en considération la péjoration de l'état de santé.

L'argumentation de la recourante ne saurait toutefois être suivie. Certes, le docteur S_____ fait mention d'un nouveau diagnostic psychiatrique sous la forme de troubles bipolaires, mais ce dernier (qui vient remplacer un diagnostic de trouble dépressif récurrent), n'est nullement étayé et n'est confirmé par aucun autre document au dossier. Bien au contraire, le médecin appuie sa conclusion sur une symptomatologie connue de longue date et sur laquelle l'expert P_____ s'était prononcé en 2004. Il convient également de considérer l'appréciation de la capacité de travail faite par le psychiatre traitant avec toute la circonspection requise, dans la mesure où ce dernier est peut-être encore plus enclin que le médecin de famille proprement dit à suivre les indications données par son patient, tant la relation de confiance est importante entre un tel thérapeute et son patient, relation sans laquelle il n'y a justement pas de possibilité thérapeutique. Quant aux rapports d'hospitalisation en division de psychiatrie, force est de reconnaître qu'ils ne mentionnent nullement une problématique autre que des pics transitoires de l'humeur dépressive. Il y a bien eu des tentatives de suicides, mais cela n'a pas empêché les médecins concernés de ne garder l'intéressée que quelques jours, voire moins d'une journée, au sein de leur service et de ne relater qu'un diagnostic d'état

dépressif majeur somme toute modéré, puisqu'un épisode de gravité moyenne (et non sévère) a été retenu. On ajoutera encore que le docteur S_____ parle d'incapacité de travail totale à compter de 2003, ce qui est non seulement contradictoire avec les faits (la recourante a travaillé une année en tant qu'aide de bureau à l'office des poursuites durant les années 2006 et 2007), mais encore avec son propre raisonnement aux termes duquel la situation s'est aggravée à un point tel qu'à compter du début du suivi assuré par ses soins, l'assurée n'était plus en mesure d'assumer une activité professionnelle. Pareille conclusion pourrait également être considérée comme une contestation des conclusions auxquelles étaient parvenus le docteur P_____ et l'intimé lors du refus initial de prestations en 2004, mais il constituerait alors une appréciation divergente d'un même état de fait ; or, une interprétation de ce type n'est pas susceptible de conduire à une révision du droit à la rente.

Quant aux conséquences de l'affection cardiaque, elles se sont révélées inchangées de l'avis du médecin questionné.

Enfin, l'accident ischémique transitoire survenu au mois d'avril 2009 n'est pas de nature à modifier l'appréciation, puisqu'il ne s'agit pas d'une affection agissant durablement sur la capacité de travail. Même en cas contraire, le Tribunal de céans ne saurait en tenir compte, puisqu'il est intervenu postérieurement à la décision attaquée.

Il suit de ce qui précède qu'il convient de constater, à l'instar de l'intimé, l'absence d'évolution notable de la situation de santé de la recourante, au sens où l'entend la jurisprudence dans le cadre de l'examen d'une révision, respectivement d'une nouvelle demande de prestations. C'est donc à juste titre que l'administration a rejeté la demande de l'intéressée.

9. La recourante, qui succombe, supportera un émolument de justice présentement fixé à 200 fr.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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