

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4123/2011

ATAS/120/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 février 2012

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame C _____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PALLY Marlène

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudine CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C _____, née en décembre 1958, originaire de l'île Maurice, arrivée en Suisse en octobre 1999, femme de chambre, s'est vu notifier en date du 28 avril 2008 une décision de refus de prestations par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).

L'OAI a estimé, sur la base des documents recueillis au cours de l'instruction, que l'assurée aurait malgré son état de santé pu continuer à exercer une activité adaptée à plein temps. Comparant le revenu que l'intéressée aurait réalisé en 2006 dans son activité habituelle de femme de chambre si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé - 46'982 fr. - à celui qu'elle aurait pu espérer obtenir la même année dans une activité sédentaire - 45'250 fr. selon l'ESS 2006 - , l'OAI a conclu à un degré d'invalidité de 4 %.

L'OAI a statué à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un bref rapport du Dr L _____ du 10 octobre 2003, concluant à un syndrome facettaire et costo-transversaire étagé au niveau du rachis dorsal et lombaire, apparu progressivement au cours des trois ou quatre semaines ayant précédé la première consultation (le 20 août 2003), émettant l'hypothèse que cette symptomatologie était la conséquence des efforts physiques répétitifs liés à l'activité professionnelle de l'assurée et concluant à une reprise envisageable dans un délai de trois à six semaines ;
- un rapport du Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, du 5 décembre 2003, confirmant que les douleurs dorsales avaient amené l'assurée à interrompre son activité le 20 août 2003 et qu'un essai de reprise à 50 % au début du mois de novembre 2003 s'était traduit par une réapparition immédiate des douleurs ;
- un rapport plus détaillé du Dr L _____ du 19 septembre 2006 concluant à un syndrome douloureux axial (ou syndrome douloureux somatoforme chronique), mentionnant également à titre de diagnostics une surcharge pondérale, un épanchement inflammatoire du genou gauche réversible en trois mois, une dysthymie et un pityriasis dont il a précisé qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail, concluant à une incapacité de 100 % du 28 août au 23 novembre 2003, de 50 % le 24 novembre 2003, puis à nouveau de 100 % depuis le 25 novembre 2003, expliquant que sa patiente devait éviter le port de charges et préconisant une réorientation professionnelle ; le médecin précisait qu'un bilan diagnostique n'avait pas permis d'identifier une origine physique ou biologique à la symptomatologie clinique (douleurs du rachis) ; le médecin émettait l'avis qu'une autre activité était exigible de sa patiente, à

plein temps, à condition de lui permettre de fréquents changements de position et d'éviter le port de charges ;

- un rapport d'expertise interdisciplinaire du Centre d'expertise médicale des Etablissements publics pour l'intégration où l'assurée avait été examinée par les Drs N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin physique, et O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, du 5 février 2008, concluant à une gonarthrite inflammatoire modérée à gauche avec épanchement inflammatoire récurrent d'origine indéterminée et mentionnant à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux somatoforme persistant et une obésité ; selon ce rapport, l'assurée se plaignait alors principalement de dorsalgies gauches et de douleurs ostéo-articulaires diffuses ; avaient été retenues à titre de limitations en raison de la gonarthrite : une gêne modérée en cas de marche prolongée, de montée ou de descente d'escaliers et d'agenouillement ; aucune limitation n'était en revanche retenue sur le plan psychique et mental ; vu l'absence de substrat organique dans le cadre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique, les experts concluaient à l'absence de restriction de la capacité de travail tant dans l'activité habituelle de femme de ménage que dans une activité adaptée.
2. Le 15 août 2011, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.
 3. Par courrier du 24 août 2011, l'OAI en a accusé réception et a invité l'assurée à lui fournir un rapport médical circonstancié démontrant la plausibilité d'une aggravation.
 4. L'assurée n'ayant pas donné suite, l'OAI lui a adressé en date du 7 octobre 2011 un projet de décision dont il ressortait qu'il s'apprêtait à refuser d'entrer en matière.
 5. Le 16 novembre 2011, l'OAI a rendu une décision formelle en ce sens. Il a constaté que l'assurée n'avait pas rendu plausible une modification de son état de santé.
 6. Le 30 novembre 2011, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier indiquant qu'elle était suivie par le Dr P_____ depuis octobre 2011 et alléguant que son état de santé s'était « beaucoup dégradé » et qu'elle était dans l'incapacité de travailler, sans autres précisions.
 7. Ce courrier a été transmis par l'OAI à la Cour de céans comme objet de sa compétence le 5 décembre 2011.
 8. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 janvier 2012, a conclu au rejet du recours.

L'OAI relève que l'assurée se limite à citer le nom de ses médecins traitants et à alléguer qu'elle ne peut travailler.

9. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue en date du 16 février 2012 au cours de laquelle l'assurée a affirmé une nouvelle fois que son état s'est aggravé. Invitée à indiquer en quoi consistait ladite aggravation, elle a évoqué des douleurs dorsales, des jambes souvent gonflées, des difficultés à la marche, des douleurs au genou gauche et parfois au genou droit.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.
3. Le recours respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.
4. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante.
5. 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. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [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).

b) 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).

c) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

6. En l'espèce, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible l'aggravation de l'état de santé qu'elle invoque. On relèvera que malgré les délais qui lui ont été accordés, elle n'a pu faire valoir aucun élément objectif à l'appui de ses dires, pas même devant la Cour de céans. Qui plus est, les douleurs qu'elle invoque sont les mêmes que celles qui ont déjà été investiguées par l'intimé au cours de l'instruction ayant conduit à la décision rendue en 2008.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée.

En conséquence, le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir l'émolument.
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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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