

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4197/2016

ATAS/5/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 janvier 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à BERNEX, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le 17 juin 2013, Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, suisse domiciliée à Genève, a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), visant à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel et subsidiairement d'une rente d'invalidité. Selon sa demande, elle présentait un état anxio-dépressif prenant notamment la forme d'une phobie sociale et d'autre part une fibromyalgie, des douleurs chroniques et une obésité. Selon son médecin traitant, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, elle était totalement incapable de travailler à compter du 15 avril 2013, pour une durée indéterminée. Sur demande de l'OAI, ce médecin avait considéré que l'incapacité complète de travail était due uniquement à l'état anxio-dépressif de la patiente, mais il avait néanmoins noté une fibromyalgie, des douleurs chroniques et une obésité sur le plan somatique. La psychiatre en charge de l'assurée, la doctoresse C_____, FMH en psychiatrie-psychothérapie, avait également relevé l'état anxio-dépressif de la patiente, mais avait considéré qu'elle était capable de travailler à 50 % dès que possible.
2. L'OAI ayant considéré la divergence d'opinions entre les médecins traitants concernant la capacité de travail de l'assurée, a ordonné une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, par le SMR, ayant également pour but d'évaluer la fibromyalgie de l'assurée.
3. Les examinateurs avaient retenu l'existence d'un syndrome du tunnel carpien gauche, d'obésité de classe I, d'une gonarthrose débutante du compartiment interne du genou droit; de rachialgies non déficitaires sur l'arthrose cervicale discopathie L5-S1, de troubles dégénératifs débutants de l'hallux droit, de trouble dépressif récurrent épisode léger sans syndrome somatique, de traits de personnalité dépendante, de troubles de l'alimentation sans précision, et de trouble somatoforme indifférencié, aucun des diagnostics précités n'influençant la capacité de travail de l'assurée.
4. Le 9 mai 2014, l'OAI, reprenant les conclusions des examinateurs, a adressé un projet de décision à l'assurée refusant toutes prestations, considérant que la recourante ne présentait pas de pathologie invalidante sur le plan psychiatrique, ni sur le plan somatique.
5. Après audition, par décision du 23 juin 2014, l'OAI, considérant que les éléments médicaux transmis par courrier et réceptionnés le 19 mai 2014 n'apportaient pas d'éléments nouveaux, a intégralement repris les termes de son projet de décision susmentionné et a rejeté la demande de prestations. Cette décision n'a pas fait l'objet d'un recours; elle est entrée en force.
6. En date du 11 janvier 2016, l'assurée a adressé à l'OAI un courrier aux termes duquel, selon la lettre annexée de son médecin traitant du 5 janvier 2016, elle sollicitait la réouverture de son dossier. Dans le courrier susmentionné, le Dr B_____ a indiqué en substance: « Je soussigné certifie être le médecin traitant

de la patiente susnommée et atteste que sa situation médicale, tant physique que psychologique s'est considérablement aggravée ces 18 derniers mois. C'est la raison pour laquelle une nouvelle étude de son dossier est absolument nécessaire ».

7. Dans un avis du 2 février 2016, le SMR (Dresse D _____), rappelant les éléments recueillis lors de la première demande de prestations ayant abouti à la décision de refus du mois de juin 2014, a considéré que le médecin traitant n'avait pas expliqué en quoi consistait l'aggravation, ni ne renseignait sur les diagnostics retenus et les limitations fonctionnelles qui réduiraient la capacité de travail. Ledit service a dès lors considéré que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé.
8. Par courrier du 16 février 2016, l'OAI s'est adressé à l'assurée : rappelant les principes et exigences d'une demande de prestations présentée après un premier refus, la nouvelle demande ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins ou d'aide découlant de l'invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Un délai de trente jours lui était imparti pour fournir un rapport médical circonstancié (dont l'OAI rappelle le contenu nécessaire) démontrant une aggravation probante, à défaut de quoi l'office se verrait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
9. Par courrier du 10 mars 2016, l'assurée indique adresser à l'OAI en annexe tous les documents médicaux concernant l'aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision. Pour information, elle indiquait être actuellement suivie, outre par son médecin traitant susnommé, également par les docteurs E _____, FMH en médecine interne et en rhumatologie, F _____, FMH en psychiatrie et psychothérapie, G _____, endocrinologue spécialiste de l'obésité, H _____, FMH en médecine interne et pneumologie, I _____, FMH en médecine interne et cardiologie, J _____, angiologue, Madame K _____, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP (troubles alimentaires), M. L _____, chiropraticien, Madame M _____, physiothérapeute. Elle a produit une série de documents médicaux datant respectivement de 2014, de 2015, et début 2016 pour les plus récents.
10. Le SMR a examiné les documents produits, et est parvenu, aux termes d'un avis du 21 avril 2016, à la conclusion que l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'instruire, ses conclusions du 7 mai 2014 restant valables. Après avoir rappelé les diagnostics posés par les examinateurs dans le cadre de l'expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique de 2014 (diagnostics sans influence sur la capacité de travail : status post cure de tunnel carpien à droite ; syndrome du tunnel carpien à gauche; obésité de classe I, gonarthrose débutante du compartiment interne du genou droit, rachialgies non déficitaires sur arthrose cervicale et discopathie L5-S1, troubles dégénératifs débutants de l'hallux droit, trouble dépressif récurrent épisode léger sans syndrome somatique, traits de personnalité dépendante, troubles de l'alimentation sans précision, trouble somatoforme indifférencié), le service médical

de l'OAI indique que l'examen attentif des pièces médicales produites n'apporte pas d'éléments en faveur d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. La plupart des documents renseignent des atteintes déjà connues et prises en compte lors de la dernière expertise de 2014 (syndrome du tunnel carpien gauche opéré, gonarthrose débutante, troubles dégénératifs du rachis cervico-lombaire sans signe d'atteinte nerveuse périphérique, syndrome métabolique). Les éléments nouveaux renseignent des atteintes qui ne justifient pas d'incapacité de travail (IT) durable : il concerne un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) sévère, pour lequel il existe une sanction thérapeutique sous la forme d'une ventilation en pression positive, une tendinopathie du moyen fessier traité par infiltration, une crise arthrose gauche opérée le 25 novembre 2015 et une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Les mêmes diagnostics avaient déjà été posés lors de la première demande de prestations, que ceux-ci n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail de la recourante.

11. Par courrier du 13 juin 2016, l'OAI a indiqué à l'assurée que, compte tenu des éléments en sa possession, des mesures d'ordre professionnel n'étaient actuellement pas indiquées. L'instruction de son dossier se poursuivait dans le but de déterminer si elle remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente d'invalidité; elle recevrait une décision séparée plus tard.
12. Par courrier du 1^{er} juillet 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière. Les nouveaux éléments médicaux versés à son dossier avaient été soumis au service médical régional: elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait, raison pour laquelle l'OAI ne pouvait entrer en matière sur sa nouvelle demande.
13. Par courrier du 20 juillet 2016, l'assurée a accusé réception du projet susmentionné, et indiqué « faire recours contre la décision de refus d'entrer en matière tant pour une mesure d'ordre professionnel que pour une rente AI ». En annexe à son courrier du 10 mars 2016, elle avait fait parvenir tous les rapports médicaux montrant bien que son état de santé s'était fortement dégradé depuis ces deux dernières années. Il lui paraissait important qu'une deuxième expertise ait lieu, compte tenu de tous les éléments nouveaux depuis 2014. Elle produisait encore une copie du rapport de la clinique de Leukerbad au sujet de la cure qu'elle avait dû faire en mars (2016) « vu que mon état allait en s'aggravant malgré la physiothérapie ... faite à Genève et mes traitements habituels.»
14. Par courrier du 22 juillet 2016, l'OAI a accusé réception de la lettre précédente, et indiqué que suite au projet de décision du 1^{er} juillet 2016, l'office ne procéderait à aucune instruction médicale complémentaire. Il appartenait en effet à l'assurée, dans les trente jours après notification du projet de décision, d'apporter les éléments médicaux susceptibles de modifier le point de vue de l'OAI. Un délai lui était

imparti à cette fin au 12 septembre 2016. Passé cette date, et à défaut de nouvel élément, l'OAI notifierait une décision de refus, susceptible de recours.

15. Par courrier du 9 novembre 2016, l'OAI a notifié une décision de refus d'entrer en matière. L'assurée n'avait pas donné suite au délai accordé jusqu'au 12 septembre 2016, de sorte que l'OAI maintenait sa décision de ne pas entrer en matière.
16. Par courrier du 14 novembre 2016, une avocate s'est constituée pour la défense des intérêts de l'assurée, et a sollicité de l'AI la copie intégrale du dossier. L'office y a donné suite par courriers du 16 novembre 2016 (CD-ROM et code d'accès séparés).
17. Par courrier recommandé du 6 décembre 2016, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision de refus d'entrer en matière de l'OAI du 9 novembre 2016. Elle conclut préalablement à la tenue d'une expertise médicale multidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, et principalement à l'annulation de la décision entreprise, et statuant à nouveau à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité dont le degré devra être fixé après investigations médicales supplémentaires, le tout avec suite de frais et dépens.

L'OAI a refusé d'entrer en matière malgré le fait que l'ensemble des documents médicaux produits par la recourante attestait d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Lors d'une consultation ambulatoire auprès des HUG, le 13 octobre 2016, - produite à l'appui du recours -, il avait encore été constaté que la fibromyalgie s'était aggravée dans le contexte du développement d'une polyarthrose. L'aggravation de l'état de santé de la recourante avait été constatée non seulement par son médecin traitant, mais également par les autres spécialistes qui la suivent depuis sa première demande de prestations AI. L'intimé aurait ainsi dû à tout le moins entrer en matière sur la nouvelle demande, les diagnostics posés par le SMR en 2013 pouvaient en effet à présent conduire à l'incapacité de travail, compte tenu de leur aggravation. À cet égard il aurait fallu ordonner une nouvelle expertise multidisciplinaire notamment pour évaluer « l'aggravation de la fibromyalgie en corrélation sur l'aspect psychiatrique ».

18. Par courrier du 19 décembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, l'assurée n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, de sorte que c'est à juste titre que l'intimé n'était pas entré en matière. Dans le cadre de l'examen de la dernière demande, les documents médicaux transmis par la recourante avaient été soumis au SMR pour examen. L'intimé s'était donc rallié à l'appréciation motivée du SMR du 21 avril 2016, d'où la décision de non entrée en matière. Au surplus, la pièce produite à l'appui du recours du 6 décembre 2016 ne doit pas être prise en considération dans le cadre du présent litige. En effet la question litigieuse est de savoir si l'intimé était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession (et fournis par la recourante), à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. L'examen du juge, dans le cadre de l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) est d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure

administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 130 V 64 ; ATFA non publié I 52/03 du 16 janvier 2004, consid.3.2)

19. La recourante a brièvement répliqué. A l'appui de sa demande de révision, la recourante avait fait valoir les atteintes suivantes : fibromyalgie aggravée, lombocruralgie gauche ; méralgie paresthésique gauche; tendinopathie du moyen fessier ; sévère syndrome des apnées/hypopnées obstructives du sommeil, diagnostics tous certifiés par des médecins spécialistes et transmis à l'OAI. Seule une expertise médicale multidisciplinaire aurait pu établir si les nouveaux diagnostics, surtout la fibromyalgie, avaient une influence sur la capacité de travail de la recourante. Ainsi l'intimé devait entrer en matière sur la demande de révision proposée.
20. L'intimé a brièvement dupliqué par courrier du 6 février 2017. L'unique question qui se pose en l'espèce, est celle de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse, soit le 9 novembre 2016, avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 23 juin 2014, date de la décision initiale de refus de rente. Dans son avis du 21 avril 2016, le SMR avait dûment expliqué que les pièces médicales transmises par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande n'apportaient pas d'éléments en faveur d'une aggravation de son état de santé. En effet, soit les documents renseignent pour des atteintes connues et déjà prises en considération dans le cadre de l'examen rhumatologique psychiatrique effectué par le SMR en date du 10 mars 2014, soit sur des atteintes qui ne justifient pas d'incapacité de travail durable, comme un syndrome d'apnées du sommeil sévère, pour lequel il existe une sanction thérapeutique sous la forme d'une ventilation en pression positive, une tendinopathie du moyen fessier traitée par infiltration, une rhizarthrose gauche opérée le 25 novembre 2015 et une insuffisance veineuse des membres inférieurs.
21. La chambre de céans a convoqué les parties en comparution personnelle 22 août 2017. La représentante de l'office AI ne s'est pas présentée à l'audience, ceci sans excuse. La chambre de céans a dès lors décidé de procéder en l'absence de l'intimé.

Sur question, la recourante a déclaré: " le Dr B_____ n'est plus mon médecin depuis longtemps. Je suis suivie par la Dresse N_____ depuis environ une année. S'agissant de savoir en quoi je considère que mon état de santé se serait aggravé depuis la décision de refus de rente de l'OAI du 23 juin 2014, je vous explique: je souffre de douleurs aux articulations, au dos, aux genoux, surtout le genou droit, et aux pieds; je souffre également de migraines ophtalmiques et de vertiges et je suis également atteinte de purpura. Il y a des jours, les douleurs sont insupportables au point que je n'arrive même pas à me lever du lit, et que je dois faire appel à ma mère, pour m'aider et en particulier pour sortir mon chien. Il est vrai que ces douleurs et ces problématiques avaient déjà été évoquées lors de la première instruction de l'OAI, en 2014, mais partiellement seulement. Depuis un certain temps, je souffre d'apnées du sommeil, et à ce sujet, le Dr H_____, mon pneumologue, m'a soumis en juillet 2015 à une polysomnographie, à la suite d'un syndrome des jambes sans repos, et de suspicion d'apnées obstructives du sommeil

... Je m'étais vu prescrire un C-PAP, mais je n'ai pas réussi à m'adapter à cet appareil et à dormir avec. On m'avait posé une gouttière (PAM), soit un propulseur de la mâchoire, mais depuis décembre 2016, je ne le porte plus, en raison d'une rhinite chronique. Ainsi, je ne suis plus sous traitement par rapport à mes apnées du sommeil depuis ce moment-là. Depuis mai 2015, je bénéficie d'une aide-ménagère qui, à raison de deux heures par semaine, vient m'aider pour les tâches ménagères qu'en raison des douleurs dorsales je ne peux plus accomplir. Sur le plan professionnel, j'ai en effet un CFC d'employée de bureau. Pour simplifier, j'ai d'ailleurs remis ce jour à mon avocate un CV, qui pourra être versé à la procédure (versé au dossier par le conseil de la recourante, et comportant une expérience professionnelle de 1986 à 2010). »

Elle a encore souhaité préciser un point ne figurant pas dans son CV: « J'ai fait une tentative de reprise de travail en 2012, à la O _____, mais j'ai été licenciée après deux mois et demi en raison de mes problèmes médicaux. J'ai poursuivi momentanément mes recherches d'emploi, mais en 2013, j'ai cessé toutes recherches, ayant subi à l'époque une période de dépression ».

Le conseil de la recourante se référant au rapport de consultation ambulatoire de la douleur des HUG du 13 octobre 2016 (pièce 2 recourante), constate qu'au niveau des diagnostics, parmi ceux retenus, figurent un certain nombre de rubriques qui n'existaient pas lors de la première procédure (au niveau des comorbidités). Elle pense en particulier à la polyarthrose. Elle conçoit qu'il existait déjà des diagnostics dégénératifs préalables, mais c'est sur ce point qu'elle considère qu'il y a eu aggravation, à tel point que sa mandante devra à terme subir une intervention chirurgicale du genou droit sous forme de pose d'une prothèse de cette articulation, étant précisé que ce type d'opération est pratiqué en ultime recours, et à partir d'un certain âge seulement. Dans le dossier AI (Doc 33) figurent notamment les diagnostics qui sont apparus après la décision de refus de juin 2014, soit en particulier la lombo-cruralgie, évoquée par la Dresse P _____ (Doc 33, p. 6 du dossier AI, rapport du 17 juillet 2014).

La recourante a persisté à conclure à la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire, soit subsidiairement au renvoi du dossier à l'OAI, estimant que ce dernier aurait dû entrer en matière.

22. Invité à se prononcer au sujet des déclarations de la recourante lors de son audition du 22 août 2017, l'intimé a brièvement observé que la recourante avait admis que les douleurs et les problématiques dont elle souffre avaient déjà été invoquées lors de la première instruction en 2014, mais partiellement seulement. Quant à son conseil, il conçoit qu'il existait déjà des diagnostics dégénératifs préalables, mais considère qu'il y a une aggravation dès lors que sa mandante devrait à terme subir une intervention chirurgicale du genou droit. Rappelant que la question litigieuse est de savoir si l'office était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession et fournis par l'assurée, de refuser d'entrer en matière, il a persisté dans ses conclusions en rejet du recours et en maintien de la décision entreprise.

23. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA) dans la mesure où il tend à l'annulation de la décision entreprise, mais sous réserve de ce qui sera dit plus loin par rapport aux conclusions préalables en expertise, et sur le fond en octroi d'une rente d'invalidité d'un degré à déterminer après mesures d'instruction supplémentaires.

3. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations de la recourante.

4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 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. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À 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). 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 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).

6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste

qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

8. 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 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

Dans cette mesure, les conclusions préalables de la recourante tendant à ce que la chambre de céans ordonne une expertise judiciaire bidisciplinaire et (après annulation de la décision entreprise) à l'octroi d'une rente d'assurance-invalidité dont le degré devra être fixé après investigations médicales supplémentaires ne sont pas recevables.

9. a. En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de rappeler que dans sa décision du 23 juin 2014, l'OAI, considérant que les éléments médicaux transmis par courrier et réceptionnés le 19 mai 2014 n'apportaient pas d'éléments nouveaux, a intégralement repris les termes de son projet de décision et, considérant, sur la base des conclusions des spécialistes ayant examiné l'assurée, que celle-ci ne présentait pas de pathologie invalidante sur le plan psychiatrique, ni sur le plan somatique, les examinateurs ayant conclu à une capacité de travail de 100 % dans l'activité habituelle d'employée de bureau et de 100 % dans une activité adaptée, depuis août 2013 (fin d'une période d'incapacité totale de travail de quelques mois (28 mars 2013 à fin juillet 2013), de sorte qu'il avait rejeté la demande de prestations. Il convient de relever que cette décision était fondée sur un rapport d'examen bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) très fouillé, les experts s'étant notamment prononcés sur tous les diagnostics que retenaient à l'époque non seulement le médecin traitant (Dr B_____), mais aussi les autres spécialistes qui avaient notamment évoqué le diagnostic de fibromyalgie. Ils avaient ainsi passé en revue tous les diagnostics évoqués, concluant qu'hormis la période susmentionnée du printemps et du début de l'été 2013, période de dépression (incapacité totale temporaire de travail prononcée par la Dresse C_____, psychiatre traitant de l'époque), aucun diagnostic n'était incapacitant.

b. La nouvelle demande de prestations, en janvier 2016, était, extrêmement sommaire, non seulement de la part de l'assurée, mais surtout de la part de son médecin traitant. Ce dernier se bornait à affirmer que la situation médicale, tant physique que psychologique, de la patiente s'était considérablement aggravée dans les dix-huit derniers mois (soit en pratique depuis la décision de refus de prestations de l'OAI). Il n'a pas donné le moindre diagnostic, n'a présenté aucune anamnèse susceptible de montrer la moindre évolution de l'état de santé de sa patiente pouvant montrer, et à tout le moins rendre plausible, une aggravation depuis la décision précédente de l'OAI; il ne disait pas non plus en quoi consisterait l'aggravation alléguée et il n'évoquait pas la moindre incapacité de travail, ce qui paraît paradoxal de sa part: en effet, lors de la première demande – même s'il n'a pas été suivi à l'époque -, il prétendait que sa patiente était incapable de travailler à 100% pour une durée indéterminée.

Or à réception de cette demande, l'OAI ne s'est pas contenté de recueillir l'avis du SMR et de refuser d'emblée d'entrer en matière, sur la base du premier avis de ce service médical, du 2 février 2016. Il a accusé réception de la nouvelle demande de prestations, par courrier du 16 février 2016, en expliquant de manière détaillée à l'assurée à quelles conditions cette demande pourrait être examinée (par la production de tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé, énumérant les éléments essentiels de contenu des documents attendus), en impartissant un délai de trente jours à l'assurée, pour réunir et produire ces éléments.

b. S'agissant des documents complémentaires produits par la recourante en annexe à son courrier du 10 mars 2016:

- certes, l'assurée a énuméré la liste des médecins et autres thérapeutes qu'elle consulte, en plus de son généraliste traitant, mais ce n'est pas en soi un indice de plausibilité d'une aggravation de son état de santé, d'autant qu'à l'époque de la première demande et précédemment encore, elle consultait déjà de nombreux praticiens ;

- s'agissant des documents médicaux eux-mêmes, on remarque que bon nombre de ceux-ci remontent à l'époque où la première décision de refus a été rendue, ou aux mois qui suivirent. Tel est le cas notamment d'une intervention du 13 mars 2014 (avant la décision de refus du 26 juin 2014), pour le diagnostic de syndrome de tunnel carpien gauche sensitivo-moteur modéré (20 %), par le docteur Q_____. La patiente était connue jusqu'ici pour un problème de tunnel carpien à droite, opéré en 2010 et sans suite incapacitante, mais aussi à gauche, comme on l'a vu dans le cadre de la première demande de prestations (retenu par les examinateurs du SMR en 2014), rien n'indiquant la moindre complication ni incapacité de travail des suites de l'intervention à droite, ni de celle, postérieure à la décision initiale de refus, concernant la main gauche. Il en va de même de l'IRM cervico-dorso-lombaire du 8 juillet 2014, s'inscrivant du reste dans un contexte dégénératif déjà connu de l'OAI précédemment, dont les conclusions traduisent des affections modérées, tant sur le

plan cervico-dorsal que sur le plan lombaire. L'IRM du bassin en juillet 2014 conclut à l'absence d'anomalie évidente de la hanche gauche. Les autres rapports de consultation, notamment en septembre 2014: - le docteur R_____, rhumatologue FMH, consulté pour un deuxième avis, observe que la patiente présente un syndrome douloureux chronique, des lombosciatalgies et des gonalgies dans le cadre de troubles dégénératifs pour lesquels elle a déjà consulté de nombreux spécialistes, dont la Dresse P_____, neurologue, qui a pu exclure une atteinte radiculaire L5 au membre inférieur droit, en juillet 2014. Elle a également consulté le Dr S_____, chirurgien orthopédiste au sujet de ses gonalgies et chondropathie, mais celui-ci ne retenait à ce stade aucune indication opératoire (d'autres documents font état d'une possible intervention (prothèse) dans une dizaine d'années). Il remarque qu'il s'agit d'une patiente en excès pondéral. Ces affections étaient de façon générique déjà connues, il n'est pas non plus fait état d'aggravation en tant que telle, pouvant avoir des effets sur la capacité de travail. Une consultation à l'école supérieure de podologues en novembre 2014 pour une douleur au genou à droite, apparaissant au bout de cinq minutes de marche, avec notamment remise d'une barre pour le pied gauche et d'une attelle pour le pied droit, mais avec le conseil de consulter un diététicien pour diminuer le BMI de 33, et de pratiquer une activité physique telle que le yoga ou le tai-chi pour remettre progressivement en mouvements le corps et favoriser le réveil musculaire doux. Il est encore fait état de diverses infiltrations, notamment dans le courant de l'année 2015, et d'autres documents médicaux font état de pathologies ou affections dont rien n'indique qu'elles seraient invalidantes ;

- s'agissant des problèmes d'apnées du sommeil, celles-ci ont certes été diagnostiquées, mais, comme le relève d'ailleurs le SMR, il existe une sanction thérapeutique (notamment CPAP), - ou une gouttière (propulseur de mâchoire [PAM]) comme l'a décrit la requérante lors de son audition par la chambre de céans. Certes, elle a indiqué que dans un premier temps elle avait été appareillée (CPAP), mais que ne le supportant pas, on lui avait placé un PAM, précisant que depuis décembre 2016, elle ne le porte plus, en raison d'une rhinite chronique. Ainsi, n'était-elle plus sous traitement par rapport à ses apnées du sommeil depuis ce moment-là. On relèvera à cet égard que cette circonstance est postérieure à la décision entreprise, mais elle démontre en tout cas la pertinence de la remarque du SMR dans son appréciation par rapport à cette affection, et le fait qu'elle puisse être parfaitement maîtrisée grâce à ces appareillages. Ceci dit, l'expérience médicale montre d'autre part que ce type d'affection, même sévère, a rarement une incidence significative sur la capacité de travail, et dans le cas présent, aucun indice et encore moins un document médical produit ne l'a soutenu ;

- on apprend également qu'un angiologue lui a prescrit un drainage lymphatique pour les lymphœdèmes des membres inférieurs, et qu'un spécialiste de l'obésité a attesté que la patiente nécessite un régime hypocalorique et hypoglucidique dès fin juillet 2015 et pour une durée de deux ans, pour cause d'obésité; précisant qu'un

arrêt de la perte de poids chez cette patiente pourrait avoir des conséquences fâcheuses sur sa santé. Ce médecin indique en outre que la patiente est remboursée par l'assurance pendant deux ans, ce qui selon lui corroborerait la gravité de son obésité.

Aucun document médical produit n'évoque la moindre incapacité de travail due à l'une ou l'autre des affections traitées, voire diagnostiquées mais sans traitement proposé.

c. On relèvera encore, au vu de la jurisprudence citée précédemment (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3), et selon laquelle le juge des assurances sociales doit statuer en fonction de l'état de fait tel qu'il existait au moment où la décision a été rendue, que le rapport de consultation ambulatoire du centre de la douleur des HUG du 13 octobre 2016, produit à l'appui du recours, et donc postérieurement à la décision entreprise ne saurait être pris en considération par la chambre de céans, dans la mesure où il ne faisait pas partie du dossier au moment où l'intimé a rendu sa décision.

d. Au vu de ce qui précède, le SMR a conclu que l'examen attentif des pièces médicales produites par l'assurée n'apportait pas d'élément en faveur d'une aggravation de l'état de santé de celle-ci. La plupart des documents renseignent sur des atteintes déjà connues et prises en compte lors de la dernière expertise de 2014 (syndrome du tunnel carpien gauche opéré, gonarthrose débutante, troubles dégénératifs du rachis cervico-lombaire sans signe d'atteinte nerveuse périphérique, syndrome métabolique). Quant aux éléments nouveaux, ils renseignent sur des atteintes qui ne justifient pas d'incapacité de travail durable. C'est le cas du SAS sévère, - retenu comme tel par le SMR -, une tendinopathie du moyen fessier traité par une infiltration, une rhizarthrose gauche opérée le 25 novembre 2015 et une insuffisance veineuse des membres inférieurs.

d. En conclusion, force est de constater que les documents médicaux produits par la recourante n'étaient effectivement pas de nature à rendre plausible une aggravation de son état de santé, pouvant avoir des conséquences sur ses droits à des prestations de l'assurance-invalidité, de sorte que la décision entreprise ne paraît pas critiquable. On ne saurait dès lors faire grief à l'intimé de n'avoir pas ordonné des investigations complémentaires, - et en somme de ne pas être entré en matière .

Mal fondé, le recours est rejeté.

10. Depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite : l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre 200 et 1000 francs. Il y a dès lors lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

1. Rejette le recours dans la mesure où il est recevable.
2. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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