

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4839/2017

ATAS/482/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juin 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Yves MABILLARD

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine
WEBER-FUX, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) le 14 octobre 2002.
2. À teneur d'un rapport établi le 27 avril 2004 par le service médical régional AI (ci-après SMR), l'examen clinique bidisciplinaire de l'assurée avait permis de constater qu'elle n'avait pas d'atteinte à la santé invalidante. Aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'était posé. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient : fibromyalgie, léger trouble de la statique rachidienne avec insuffisance posturale, déconditionnement global, neuropathie bilatérale des nerfs médians aux carpes d'intensité modérée et insuffisance de poids. L'assurée présentait des douleurs au niveau de plusieurs articulations et de tout le rachis qui étaient très variables, non liées à des mouvements ou à une position spécifique, variant entre 0/10 et 10/10 et entraînant une stratégie d'évitement d'effort. Ces douleurs étaient accompagnées de quelques troubles du sommeil et d'une fatigue subjectivement immense, mais il n'y avait pas de limitation fonctionnelle objective. Le léger trouble de la statique combiné à une insuffisance musculaire, voire un déconditionnement global, pouvait expliquer une partie des douleurs, mais une rééducation ciblée était susceptible d'améliorer la situation. Le diagnostic de fibromyalgie était très probable. Le status actuel était compatible avec une activité de ménagère et il n'y avait pas de limitation fonctionnelle, sous réserve d'un déconditionnement qui était réversible. Il n'y avait pas de limitation fonctionnelle psychiatrique ni somatique. La capacité de travail était de 100% dans toute activité.
3. Par décision du 23 juillet 2004, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée au motif qu'il ressortait des documents en sa possession et principalement de l'examen clinique bidisciplinaire du 18 mai 2004 qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé invalidante et que sa capacité d'accomplir ses travaux habituels raisonnablement exigible était entière.
4. L'assurée a formé opposition contre la décision précitée.
5. Par décision sur opposition du 18 octobre 2004, l'OAI a pris note du retrait de l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 23 juillet 2004.
6. Le 27 juillet 2017, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI faisant valoir qu'elle souffrait de fibromyalgie, douleurs ostéo-articulaires, scoliose dorsale haute à convexité droite, lombalgies chroniques et « ATCDS » (antécédents) gastrite.

À l'appui de sa demande elle a produit un certificat médical établi le 7 juillet 2017 par la docteure B_____, médecine interne FMH, dans lequel cette dernière indiquait suivre l'assurée depuis le 1^{er} octobre 2010. Celle-ci était connue pour une fibromyalgie depuis 1991 et pour une scoliose dorsale haute à convexité droite entraînant des lombalgies chroniques. Sur le plan digestif, elle avait des

« ATCDS » de gastrite nécessitant un traitement journalier et un côlon spastique entraînant des douleurs abdominales chroniques. L'ensemble de ces pathologies nécessitait des traitements au long cours à base d'antalgiques et de spasmolytiques.

7. Le 2 août 2017, l'OAI a informé l'assurée que sa nouvelle demande de prestations devait établir de manière plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Elle était invitée à fournir un rapport médical circonstancié de ses médecins traitants démontrant une aggravation probante de son état de santé.
8. Dans un rapport établi le 25 août 2017, la Dre B_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis sa demande de prestations de 2004. Ses douleurs en lien avec sa fibromyalgie étaient plus importantes, plus fréquentes et plus fortes. Elle présentait des problèmes au niveau des deux pieds avec des orteils en marteau qui devaient être opérés prochainement. Elle souffrait également de douleurs chroniques au niveau de l'épaule droite en rapport avec une bursite. Elle avait un doigt en maillet avec une tendinite post-traumatique surajoutée. Par ailleurs, en raison de problèmes de gastrite, elle ne pouvait pas prendre d'AINS (anti-inflammatoire non stéroïdien) ce qui compliquait le traitement. Sa capacité de travail était actuellement nulle. Par ailleurs, elle devait s'occuper de son mari qui était à l'assurance-invalidité et avait énormément de difficultés à assumer le quotidien. Une réévaluation de son état de santé était impérative.

À teneur d'un rapport médical établi par la docteure C_____, médecin interne-rhumatologie FMH, le 5 septembre 2017, les diagnostics étaient : fibromyalgie depuis 1991, scoliose dorsale haute à convexité droite, tendinopathie de la coiffe des rotateurs et bursite sous-acromiodeltoïdienne droite, syndrome du tunnel carpien bilatéral, ulcères bulbaires et gastrite chronique et helicobacter positif. Il y avait eu une aggravation des douleurs polyarticulaires et rachidiennes ces dernières années, lesquelles limitaient considérablement le travail de ménagère de l'assurée et ses soins à son mari handicapé. L'antalgie était limitée par ses problèmes digestifs. La patiente souffrait de douleurs à l'épaule droite. La force de ses mains avait diminué et elle ressentait des fourmillements la nuit liés au syndrome du tunnel carpien. Sa capacité de travail était de 0% à l'extérieur et il y avait une importante diminution des activités ordinaires du ménage et d'aide à son mari.

9. Le docteur D_____, médecin SMR, a indiqué dans un avis médical du 28 septembre 2017 que l'assurée avait déposé une nouvelle demande pour les mêmes atteintes qu'en 2004 et qu'il n'existait pas d'atteintes à la santé au sens de la LAI. Il conviendrait éventuellement de réévaluer la situation de son mari, qui bénéficiait d'une rente entière d'assurance-invalidité et d'une allocation d'impotence - sa capacité de travail était actuellement nulle - pour soulager le couple.
10. Par projet de décision du 29 septembre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations au motif que les éléments médicaux apportés ne démontraient pas une aggravation de l'état de santé de l'assurée pouvant influencer une incapacité de travail de longue durée depuis la dernière décision.

11. Le 12 octobre 2017, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI, en faisant valoir que son état de santé s'était aggravé depuis le 23 juillet 2004.
12. Le 3 novembre 2017, l'OAI a confirmé son projet de décision et relevé que l'activité ménagère pouvait, par définition, être exercée à un rythme ralenti, en répartissant les activités au gré de l'état de fatigue et des douleurs et que l'assurée ne pouvait donc se prévaloir d'une atteinte au sens de la LAI.
13. Le 6 décembre 2017, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, faisant valoir que différents rapports médicaux attestaient que son état de santé s'était considérablement dégradé depuis 2003 et que ses atteintes entraînaient une incapacité de travail dans l'accomplissement de ses travaux habituels. L'OAI avait rendu une décision de refus de rente d'invalidité en 2004 fondée sur le résultat d'un examen clinique du SMR qui ne tenait pas compte de la nouvelle jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux. Il convenait donc d'ordonner une nouvelle expertise. Il fallait également effectuer une enquête ménagère pour déterminer son degré d'invalidité en fonction de ses empêchements dans l'accomplissement de ses travaux habituels. La recourante concluait, sous suite de frais et dépens, préalablement, à son audition ainsi qu'à celle de la Dre B_____ et du docteur E_____, spécialiste FMH en affections digestives, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale pluridisciplinaire soit ordonnée.

À l'appui de son recours, la recourante a produit un questionnaire médical rempli le 21 novembre 2017 par le Dr E_____, lequel posait les diagnostics de reflux gastro-œsophagien et de suivi colique en raison d'un passé d'adénome rectal. L'état de santé de la patiente s'était détérioré ces dernières années suite à l'apparition de ces symptômes de reflux et de la découverte de l'adénome en juin 2008. Ces troubles avaient une influence dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, le reflux étant un facteur limitant pour la position penchée en avant. Il était peu probable que le reflux disparaisse. Il relevait également un ulcère bulbaire avec gastrite à *helicobacter pylori* traité en juin 2014.

14. Le 14 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Malgré l'invitation qui lui avait été faite le 2 août 2017, la recourante n'avait pas apporté d'éléments médicaux permettant de rendre plausible que son degré d'invalidité s'était modifié. Dès lors que le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande, il ne lui appartenait pas de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, notamment en entendant les médecins traitants de l'assurée. C'était à cette dernière de fournir les éléments médicaux pertinents. La méthode d'évaluation de l'invalidité sortait du cadre du présent litige. Il ne suffisait pas à la recourante de déposer des rapports médicaux. Il fallait encore que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduel retenu à l'époque. Tel n'était pas le cas en l'espèce. Les rapports médicaux

produits par la recourante ne relevaient pas de problème médical nouveau. Ils ne se prononçaient par ailleurs pas sur les limitations fonctionnelles. Un changement de jurisprudence ne justifiait pas à lui seul une entrée en matière. Les éléments médicaux nouveaux apportés par la recourante à l'appui de son recours ne pouvaient être pris en considération, car ils ne faisaient pas partie des pièces et partant de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'OAI avait statué.

15. Sur ce, 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 en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'OAI sur la demande de prestations de la recourante du 27 juillet 2017.
4. Selon l'art. 87 al. 2 RAI, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits.

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).

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. 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 108 consid. 2b).

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).

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 plausibles 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 et les références).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 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 auquel 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. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).

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).

5. En l'espèce, la recourante a produit, à l'appui de sa demande de prestations du 27 juillet 2017, un rapport établi le 25 août 2017 par la Dre B_____, qui fait état d'une aggravation de son état de santé depuis 2004, précisant que les douleurs de la recourante en lien avec sa fibromyalgie étaient plus importantes qu'auparavant et qu'elle présentait des nouveaux problèmes de santé au niveau des pieds, d'un doigt et de l'épaule droite ainsi qu'une gastrite qui n'existaient pas lorsque l'OAI a rendu sa précédente décision en 2004, à teneur du rapport établi le 27 avril 2004 par le SMR. La recourante a également produit un rapport établi par la Dre C_____ du 5 septembre 2017 qui atteste, notamment, d'une aggravation des douleurs polyarticulaires et rachidiennes ces dernières années et de douleurs à l'épaule droite.

Ces rapports médicaux suffisent à rendre vraisemblable une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2004 susceptible d'influer son droit aux prestations, étant rappelé que les exigences de preuves sont sensiblement réduites dans le cadre d'une demande de révision, au sens de l'art. 87 al. 2 RAI, ce d'autant plus lorsque le dernier examen du cas est ancien, ce qui est le cas en l'espèce. Le bref avis médical du SMR ne permet pas de tirer la conclusion contraire.

6. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de la recourante.
7. Cette dernière, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA).
8. L'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision rendue par l'intimé le 3 novembre 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de la recourante.
5. Alloue à la recourante, à la charge de l'intimé, une indemnité de CHF 1'500.- pour ses dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

Catherine TAPPONNIER

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