

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/792/2010

ATAS/455/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mai 2011

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Madame H\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître GILLIOZ François

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame H \_\_\_\_\_, ressortissante suisse née en 1949 à HAITI, infirmière de profession, a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 16 août 2002.
2. Dans un rapport du 21 janvier 2003, la Dresse L \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rhumatologie, médecin traitant, a diagnostiqué une uveïte antérieure bilatérale vraisemblablement idiopathique, un status post-décollement de rétine de l'œil gauche avec récurrence le 23 février 2002, une cataracte débutante de l'œil gauche, un status postcure chirurgicale de ténosynovite sténosante de Quervain à droite, un statut post-algodystrophie probable du membre supérieur droit, des algies de la ceinture scapulaire et des membres supérieurs sur tendinopathies chroniques, des dorsolombalgies sur troubles statiques et dégénératifs rachidiens ainsi qu'un état dépressif avec anxiété suite aux problèmes de santé. L'incapacité de travail avait été totale du 6 juillet 2001 au 2 juin 2002, de 50 % du 3 juin 2002 au 25 juillet 2002 puis de 100 % à partir du 26 juillet 2002. L'état de santé était stationnaire et le pronostic peu favorable. La patiente ne pouvait plus effectuer de mouvements et d'efforts répétés des bras et des mains nécessaires à sa profession ainsi que des gestes précis, qui nécessitaient de surcroît une vue correcte. Plus aucune activité n'était possible.
3. Le 30 septembre 2004, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire, rhumatologique, ophtalmologique et psychiatrique au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI). Dans leur rapport d'expertise du 30 novembre 2004, les médecins du COMAI ont diagnostiqué des tendinites de Quervain bilatérales, une épicondylite bilatérale et des dorsolombalgies chroniques. Ils ont également constaté un état dépressif moyen réactionnel survenu en 2002, mais traité avec succès par soutien psychiatrique et médication antidépressive et anxiolytique. L'activité exercée jusqu'alors était exigible d'un point de vue rhumatologique, ophtalmologique et psychique à 100 % sans diminution de rendement. D'un point de vue rhumatologique, les experts ont relevé que l'assurée ne pouvait pas faire de gestes répétés utilisant les pouces ni porter de lourdes charges.
4. Dans un rapport sans examen clinique du 7 décembre 2004, les médecins du Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR), ont également considéré que la capacité était totale dans la profession habituelle, étant toutefois précisé que l'assurée avait présenté une incapacité totale de travail de juillet 2001 à mai 2002, puis pendant quelques semaines en octobre 2003.
5. Par décision du 16 août 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestations, au motif que l'assurée était entièrement capable de travailler dans son ancienne profession

d'infirmière, tant d'un point de vue rhumatologique et ophtalmologique que psychiatrique.

6. L'assurée ayant formé opposition à cette décision, les médecins du SMR se sont à nouveau déterminés le 21 octobre 2005. Ils ont ainsi admis que l'assurée subissait une diminution dans sa capacité de travail de 20% dans l'exercice de sa profession d'infirmière, mais qu'elle était entièrement capable de travailler dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles.
7. En date du 12 juin 2006, l'assurée, qui exerçait son activité d'infirmière de nuit à un taux de 83,5 %, a fait l'objet d'une enquête économique sur le ménage, à son domicile, dont il ressort que son taux d'empêchement à accomplir ses tâches ménagères est de 32,1 %.
8. Par décision du 13 septembre 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition, au motif que l'assurée présentait dans sa profession, exercée à 83,5 %, une capacité de travail de 80 % et que les empêchements dans son ménage s'élevaient à 32 %. De la pondération de ces deux taux découlait un degré d'invalidité global de 32 % n'ouvrant pas droit à une rente.
9. Par arrêt du 2 mai 2007, le Tribunal de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée contre ladite décision, étant arrivé à la conclusion qu'elle présentait un degré d'invalidité de 22% seulement.
10. L'assurée, représentée par Me Pierre RUMO, a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 6 juillet 2009, faisant état d'une aggravation de son état de santé.
11. Constatant que, nonobstant de nombreux rappels, le mandataire de l'assurée ne produisait pas les éléments médicaux requis, l'OAI a, par décision du 28 janvier 2010, rejeté la demande.
12. Agissant au nom et pour le compte de l'assurée, Me François GILLIOZ a interjeté recours le 5 mars 2010 contre ladite décision. Il produit deux nouveaux rapports :
  - celui du Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en cardiologie daté du 26 novembre 2009.
  - celui de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 30 novembre 2009.Il conclut, préalablement, à la comparution personnelle des parties et au fond, à l'annulation de la décision du 28 janvier 2010 et à l'octroi d'au moins un quart de rente.
13. Le médecin du SMR a examiné ces nouvelles pièces. Il constate que le bilan réalisé par le Dr M \_\_\_\_\_ est très rassurant et permet de conclure à l'absence d'atteinte cardiologique incapacitante et à une origine plutôt pariétale et non

cardiologique des douleurs, en présence d'éléments anxieux et émotionnels. Il relève que le statut rhumatologique est grossièrement superposable à la description de l'expertise avec principalement des douleurs diffuses à la palpation du rachis et des épaules, pseudo-Lasègue, sans mise en évidence de déficit neurologique sensitif ou moteur ou de limitation majeure des amplitudes. Aucun diagnostic psychiatrique n'est par ailleurs attesté et aucun status psychiatrique n'est fourni en dehors de l'observation d'une humeur triste. Le médecin du SMR a considéré en conclusion le 21 mai 2010 que les éléments médicaux à disposition ne permettaient pas d'établir formellement une quelconque aggravation de l'état de santé en dehors de l'apparition de gonalgies dont l'origine et les répercussions fonctionnelles restent encore à être appréciées de façon objective.

14. Dans sa réponse du 28 mai 2010, l'OAI se réfère expressément à cet avis du médecin du SMR.
15. Entendue par le Tribunal de céans le 13 juillet 2010, la Dresse L\_\_\_\_\_ a déclaré que

"Depuis l'expertise établie par le COMAI fin 2004, une problématique cardiaque est survenue : une cardiopathie hypersensible débutait en 2007. J'ai téléphoné ce matin même au Dr N\_\_\_\_\_ qui m'a dit qu'il avait dû augmenter le dosage du traitement en raison de la pression élevée, et ce depuis fin 2008.

Je considère que vu le métier exercé par ma patiente, sa capacité de travail est réduite du fait qu'elle serait soumise à des stress qui auraient inévitablement des effets sur la tension artérielle.

*L'assurée* est toujours suivie par le Dr O\_\_\_\_\_. Je lui ai également téléphoné ce matin. Il m'a parlé d'un état dépressif chronique. Il a relevé que *L'assurée* avait besoin d'un soutien psychologique, qu'elle était isolée à Genève.

*L'assurée* souffre d'une arthrose des deux épaules, avec conflit sous-acromial. Les douleurs sont lentement progressives. Un électromyogramme a été effectué pour les membres inférieurs en 2009. Cet examen n'a pas montré d'atteinte radiculaire, ni de poly-neuropathie. Une échographie plantaire à droite a été réalisée le 22 septembre 2009 qui a montré une petite calcification qualifiée de banale par le radiologue mais qui pourrait s'enflammer et causer des douleurs. Une coxarthrose débutante a été révélée en juin 2008. *L'assurée* souffre par ailleurs de tendinites au niveau péri-articulaire.

Je considère qu'en qualité d'infirmière, ma patiente ne pourrait pas travailler. Elle ne pourrait en effet pas soulever les patients en raison de ses problèmes aux membres supérieurs et au dos. Elle ne pourrait pas non plus exécuter des travaux fins (remplir des seringues fines pour des injections, etc.). Elle aurait également besoin de concentration, ce qui lui est difficile principalement en raison de son moral. Je relève qu'elle a par ailleurs eu des épisodes de vertiges en 2007 dus à un eczéma dans le conduit de l'oreille. J'ajoute qu'elle prend plusieurs médicaments

(SEROPRAM 20, STILNOX) pour son état dépressif. En mars 2010, je lui ai prescrit du LEXOTANIL, notamment.

Je confirme que *l'assurée* est entièrement incapable de travailler aujourd'hui dans l'exercice de l'activité d'infirmière.

J'ai évoqué une gonarthrose débutante dans mon rapport du 30 novembre 2009. Il s'agit d'arthrose du genou. *L'assurée* est un peu plus raide du genou d'un côté. Elle ne peut plus faire de flexions répétées. Elle ne pourrait pas rester de façon prolongée debout ou assise. Des positions alternées lui sont recommandées."

16. Le médecin du SMR s'est déterminé sur le procès-verbal d'audition, ainsi que sur les pièces médicales produites en audience. Elle constate que "sur le plan ostéo-articulaire, l'échographie du 26 juin 2008 met en évidence un petit foyer d'épicondylite chronique du coude et de tendinite de De Quervin à gauche. Cet examen est superposable à celui de 2001 et parle donc contre une aggravation de ces atteintes lesquelles, rappelons-le, ont été prises en compte dans l'expertise COMAI de 2004. Les autres examens radiologiques (IRM cervicale, radiographies des genoux, radiographies des hanches) mettent en évidence des signes dégénératifs discrets de la colonne cervicale, de gonarthrose droite débutante et des signes de coxarthrose bilatérale modérée en rapport avec l'âge de *l'assurée*. Dans son témoignage, la Dresse L\_\_\_\_\_ annonce que sa patiente souffre également d'arthrose des épaules et d'un conflit sous-acromial. Il s'agit de notions nouvelles qui ne sont pas abordées dans le rapport médical du 30 novembre 2009 de la Dresse L\_\_\_\_\_. En l'état, nous ignorons comment ces diagnostics ont été posés et nous ne disposons pas d'éléments permettant d'apprécier la gravité et le retentissement éventuel de ces atteintes sur la capacité de travail. Sur le plan objectif, nous apprenons avec étonnement qu'un électromyogramme des membres inférieurs a été réalisé en 2009. Celui-ci confirmerait l'absence d'atteinte radiculaire."

Le médecin du SMR conclut qu'il serait sans doute utile d'envisager la mise sur pied d'une nouvelle expertise avec volet rhumatologique, psychiatrique et de médecine interne ou cardiologie.

17. Dans ses écritures du 6 août 2010, l'OAI considère qu'un renvoi du dossier pour instruction complémentaire serait disproportionné dans la mesure où les documents permettant au SMR de statuer en connaissance de cause n'ont été fournis par la recourante que dans le cadre de la présente procédure.
18. Invitée à se déterminer, *l'assurée* ne s'est pas manifestée.
19. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, et plus particulièrement sur la question de savoir s'il y a eu aggravation de son état de santé depuis mai 2007, date à laquelle le Tribunal de céans a confirmé la décision de l'OAI rejetant la première demande.
4. a) Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 3 et 4 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108, consid. 5.3.1).  
  
b) Si les allégations de l'assuré ne sont pas plausibles, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b).  
  
c) L'exigence relative au caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les

prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; ATF du 5 octobre 2001, I 724/99, consid. 1c/aa).

d) Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2; ATF 109 V 262, consid. 4a).

5. En l'espèce, la décision initiale de refus de prestations a été rendue le 13 septembre 2006. L'assurée a fait état d'une aggravation de santé en déposant le 6 juillet 2009 une nouvelle demande de prestations AI. Elle n'a cependant pas produit les pièces médicales requises par l'OAI, ce nonobstant plusieurs rappels adressés à son mandataire, de sorte que l'OAI a rejeté sa demande.
6. Il sied de rappeler que le principe inquisitoire régissant la procédure n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (art. 43 et 61 let. c LPGA; ATF 125 V 193 consid. 2 p. 195 et les références; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2 p. 183 sv.). Selon les circonstances, l'assureur social qui se heurte à un refus de collaborer d'une partie peut, après lui avoir imparti un délai pour respecter ses obligations et l'avoir avertie des conséquences de son attitude, se prononcer en l'état du dossier. Le cas échéant, il peut rejeter la demande présentée par cette partie en considérant que les faits dont elle entendait tirer un droit ne sont pas démontrés. Au lieu de se prononcer sur le fond, en l'état du dossier, l'assureur peut également, selon les circonstances, rendre une décision d'irrecevabilité de la demande dont il est saisi. Il ne doit cependant faire usage de cette possibilité qu'avec la plus grande retenue, autrement dit lorsque un examen sur le fond n'est pas possible sur la base du dossier (art 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI; cf. ATF 108 V 230 consid. 2). Mais l'assureur ne peut se prononcer en l'état du dossier ou refuser d'entrer en matière que s'il ne lui est pas possible d'élucider les faits sans difficultés ni complications spéciales, malgré l'absence de collaboration de l'assuré (ATF 108 V 230 consid. 2; 97 V 176 consid. 3; TFA non publié U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Si l'acte d'instruction auquel s'est soustrait sans motif valable l'assuré se révèle nécessaire et exigible, le juge des assurances sociales ne doit examiner que si la décision, rendue conformément à l'art. 43 al. 3 LPGA et 73 aRAI sur la base de l'état de fait existant (incomplet), était correcte. Il n'ordonne la mise en œuvre d'une instruction complémentaire que si les faits lui apparaissent insuffisamment élucidés

indépendamment du complément d'instruction requis par l'administration (cf. RAMA 2001 n° U 414 p. 90 consid. 4b et les références; ATFA non publié I 700/02 du 24 juin 2003 consid. 2.3).

7. Force est de constater en l'espèce qu'une aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité de travail suffisante pour justifier l'octroi d'une rente n'a pas été démontrée, ni même été rendue vraisemblable. Il appartenait à l'assurée de produire les pièces déterminantes à l'appui de sa demande. Aussi est-ce à bon droit que l'OAI a rejeté la demande. La décision litigieuse ne peut être que confirmée.

Cela étant, il y a lieu de considérer qu'en communiquant les rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, l'assurée a déposé une nouvelle demande. Il se justifie dès lors de renvoyer le dossier à l'OAI pour détermination et nouvelle décision, étant précisé, si besoin était, qu'il n'est pas question de reprocher quoi que ce soit à ce dernier.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour détermination quant à la nouvelle demande et nouvelle décision.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
5. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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