

## **GE\_GERICHTE A/13/2008 vom 4. Juni 2008**

GE Cour de justice, 2008-06-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_13\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_13_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/13/2008 du 4 juin 2008

IT: GE\_GERICHTE A/13/2008 del 4 giugno 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.06.2008 A/13/2008

A/13/2008 ATAS/687/2008 du 05.06.2008 ( AI ) , ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/13/2008 ATAS/687/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 4 juin 2008 En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_, a notamment travaillé dans une usine de chocolats comme manutentionnaire et, depuis 1995, dans l'entreprise X \_\_\_\_\_ SA, une entreprise d'électronique où elle a effectué des tâches de montage et de préparation d'appareils. Depuis le 2 septembre 2002, une incapacité de travail totale est attestée, notamment en raison de cervico-dorsalgies récidivantes et d'une dépression réactionnelle. Selon le rapport du 4 mars 2003 du Dr A \_\_\_\_\_, l'intéressée souffre notamment de cervico-dorsalgies récidivantes, d'un éthylisme chronique et d'une dépression réactionnelle. Dans son rapport du 9 mai 2003, le Dr B \_\_\_\_\_, psychiatre, émet les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et de dépendance à l'alcool, utilisation continue. La patiente suit un traitement psycho-pharmacologique. En plus des douleurs du dos, la patiente est aboulique et d'humeur dépressive, présente une anhédonie, ainsi que des troubles de concentration et de mémoire avec ruminations. Le pronostic du Dr B \_\_\_\_\_ est réservé, vu l'importance des problèmes physiques et psychiques. En septembre 2003, l'intéressée est soumise à une expertise psychiatrique par le Dr C \_\_\_\_\_. Selon le rapport du 29 septembre 2003 de ce psychiatre, elle est atteinte de troubles mentaux et de troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool avec syndrome de dépendance active. L'alcoolisme existe de longue date et n'était pas un facteur d'incapacité de travail. La capacité de travail a ainsi été estimée à 100% dans l'activité exercée précédemment. Selon le rapport du 10 octobre 2003 du Dr D \_\_\_\_\_, neurologue, l'examen neurologique est normal. Il n'y a notamment pas de signes de dénervation dans la jambe droite, ni de signes de poly-neuropathie. Ce médecin note de belles amplitudes distales, sensitives et motrices. Selon son estimation, les paresthésies du membre inférieur droit sont probablement d'origine radiculaire L5 chez une patiente connue pour de l'arthrose. Il suspecte un canal lombaire rétréci. Ces problèmes sont à inclure dans un problème l'alcoolisme qui semble assez important et limite peut-être l'usage de certains médicaments. Du 20 novembre au 12 décembre 2003, l'intéressée reprend le travail. Selon son employeur, son rendement était pratiquement nul (cf. questionnaire pour l'employeur du 3.5.04). Du 13 au 16 décembre 2003, l'intéressée est hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique, à la suite d'un tentamen médicamenteux et d'alcool. Les Drs E \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_ diagnostiquent des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, un syndrome de dépendance, actuellement abstinent dans un environnement protégé. Dans l'anamnèse, il est relevé que la

patiente vit avec un homme qui a des problèmes d'alcoolisme chronique. Elle présente une symptomatologie dépressive avec désespoir, dans le cadre d'un conflit conjugal et de difficultés professionnelles (licenciement à partir du mois de janvier 2004). Pendant son hospitalisation, le psychisme de la patiente s'est rapidement amélioré avec retour de l'élan vital et disparition du ralentissement psychomoteur franchement présent à l'entrée. Le 22 avril 2004, l'intéressée dépose une première demande de prestations d'invalidité. Selon le rapport du 27 mai 2004 du Dr G\_\_\_\_\_ à l'attention de l'assureur perte de gain de l'employeur, l'assurée est atteinte de troubles mentaux et du comportement liés à l'alcool, syndrome de dépendance. Son incapacité de travail est totale. L'état est stationnaire avec un état dépressif persistant. Selon le rapport du 6 juillet 2004 de ce même médecin, l'assurée est incapable de travailler à 100% dans n'importe quelle activité. Le 1<sup>er</sup> octobre 2004, le Dr B\_\_\_\_\_ atteste une dépendance à l'alcool, utilisation active et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne un "TS" médicamenteux, une dysthymie précoce probable et des problèmes somatiques. Dans les antécédents, il relève que le père était alcoolique. La patiente a par ailleurs relaté un premier épisode de tentamen médicamenteux à l'âge de 21 ans dans le cadre d'une rupture sentimentale. Le Dr B\_\_\_\_\_ estime que, malgré une façade souriante et dynamique, la patiente présente une importante fragilité psychique avec un risque de passage à l'acte auto-agressif. Dans les plaintes de la patiente, il fait état des douleurs rhumatismales et de ce que celle-ci est facilement dépassée par les aspects administratifs et financiers de sa vie. Elle délègue les tâches y relatives au service social. Elle est fatigable, irritable, nerveuse, triste par moments en fonction des événements extérieurs. Dans le status, il note un état général moyen et une collaboration moyenne sous le masque souriant. La patiente se montre toujours pressée de partir au plus vite, raison pour laquelle elle essaie de minimiser et de banaliser ses problèmes, en donnant des réponses laconiques qui plaisent aux médecins. Il constate en outre un ralentissement psychomoteur léger. Elle a beaucoup de peine à comprendre ses explications sur certaines démarches administratives à suivre. Elle présente une rumination anxieuse et est très préoccupée par sa situation financière précaire. L'humeur de base est sub-dépressive avec résignation et idées noires fluctuantes. Ses capacités de mentalisation et d'introspection sont très faibles. Le pronostic du Dr B\_\_\_\_\_ est extrêmement réservé, vu la tolérance au stress très basse et insuffisante pour supporter et élaborer les situations de stress inhérentes à toute activité professionnelle. Dans la discussion, le Dr B\_\_\_\_\_ relève ce qui suit : « mes conclusions divergent par rapport à celles du Dr C\_\_\_\_\_, car si la patiente a pu mener un semblant de vie normale tout en buvant régulièrement de l'alcool pendant une trentaine d'années (page 6), ce n'est plus une raison de croire que cela pourrait continuer encore des années. Le non désir de suivre un traitement pour l'alcool montre aussi la gravité de cette dépendance avec aussi un héritage familial (père alcoolique, mode de vie pathologique - le fait de vivre avec un homme alcoolique, toujours consommateur actif malgré plusieurs tentatives de sevrage). La consommation régulière a laissé des traces en affaiblissant l'organisme. Si elle est capable de mener une vie « normale » avec des activités occupationnelles et de loisir (...), ce n'est pas forcément transposable à une activité lucrative régulière. » Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques annexé, le Dr B\_\_\_\_\_ diagnostique une dépendance à l'alcool, utilisation active, et un épisode dépressif moyen/dysthymie précoce probable. La patiente présente par ailleurs des traits frustes. Les troubles psychiques ne sont pas réactionnels à des événements de vie adverses et l'incapacité de travail est uniquement due à des affections physiques ou mentales. Du 29

juin au 15 juillet 2005, l'assurée séjourne à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA, en vue d'un sevrage. Du rapport relatif à ce séjour du 18 juillet 2005, il ressort qu'elle a une faible capacité d'introspection et présente des mécanismes de défense comme le déni, de sorte qu'il n'a pas été possible d'élaborer des stratégies, ni de travailler les situations à risque de manière détaillée. En fin de séjour, elle n'est pas prête à changer radicalement ses habitudes. Pendant son séjour, elle a aussi bénéficié d'une prise en charge par l'équipe de physiothérapie à but antalgique. Ses cervico-dorso-lombalgies se sont améliorées grâce à un programme d'hydro-massage et de gymnastique du dos. Du point de vue biologique, les médecins mettent en évidence un bilan hépatique perturbé. Dans son rapport du 27 janvier 2006, le Dr B\_\_\_\_\_ fait état de la difficulté de la patiente à s'engager dans une prise en charge psychothérapeutique suivie. Elle semble reprendre plus volontiers les antidépresseurs, mais poursuit sa consommation d'alcool (Ricard) qu'elle dit avoir diminuée depuis son séjour à la CLINIQUE GENEVOISE DE MONTANA. Il n'y a pas de changement dans l'état de santé depuis l'automne 2003, son état psychique restant toujours précaire, fragile et impulsif. Dès qu'elle est débordée affectivement, ce qui arrive souvent, même pour des facteurs de stress mineurs, le risque de passage à l'acte auto-agressif devient fortement probable. Elle a par ailleurs fait un nouveau tentamen (médicament et alcool) en mars 2005, non suivi par une hospitalisation en psychiatrie. Selon le rapport du 9 mai 2006, relatif à une IRM lombaire, du Dr H\_\_\_\_\_, les constatations sont les suivantes :

"Cunéisation des vertèbres à l'étage dorsal inférieur, lombaire supérieur avec herniation intra-spongieuse : plus large en L3 entourée par un œdème. Protrusion discale en L4-L5, de localisation médiane et paramédiane en contact avec la partie antérieure du fourreau dural. Arthrose interapophysaire postérieure avec épaississement des ligaments jaunes rétrécissant le canal dans le sens latéral et appuyant sur la partie latérale du fourreau dural surtout L4-L5. Dystrophie osseuse sous forme d'infiltrations lipidiques au sein des vertèbres à la hauteur du sacrum et des ailes iliaques. Cône médullaire de topographie normale et de signal homogène." Selon l'avis médical du 14 juin 2006 du Dr I\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après SMR), le tentamen de 2003 est réactionnel à un conflit de couple et au licenciement de l'assurée. Dans la mesure où l'hospitalisation y consécutive n'a duré que trois jours, cela démontre une certaine fragilité psychique, mais non pas un état dépressif grave et durable. En 2005, le traitement du tentamen a été ambulatoire et n'a pas nécessité d'hospitalisation. Quant à la toxicomanie, elle est ancienne et n'a pas empêché l'assurée de travailler. Cette dépendance ne peut donc être secondaire à une affection invalidante. Selon le Dr I\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'atteinte somatique importante consécutive à l'alcoolisme, hormis une légère atteinte hépatique, ni de troubles intellectuels importants. La toxicomanie n'a dès lors pas valeur de maladie. Quant à l'état dépressif moyen, il ne justifie pas une incapacité de travail totale durable. Il estime ainsi que l'assurée est capable de travailler à 100% dans des postes légers ou moyens physiquement. Par décision du 19 juin 2006, l'OCAI refuse le droit aux prestations d'invalidité. Cette décision est entrée en force. Le 1<sup>er</sup> septembre 2006, l'assurée consulte le Dr D\_\_\_\_\_. Dans son courrier adressé au Dr G\_\_\_\_\_ (date de la missive illisible), l'assurée se plaint des mêmes douleurs que lors de la consultation du 10 octobre 2003, à savoir de lombo-sciatalgies droites avec douleurs lombaires irradiant dans la fesse, la hanche, puis la cuisse. Les douleurs s'arrêtent aux genoux et irradient rarement jusqu'au gros orteil. Elle se plaint en plus de troubles sensitifs permanents de la face latérale de la cuisse. Il n'y a pas de plaintes au niveau de la jambe gauche ni de troubles sphinctériens. Elle fume un paquet de cigarettes et boit trois à quatre Ricard par jour. Dans la discussion, le Dr D\_\_\_\_\_ relève ce qui suit :

"L'examen neurologique montre des troubles sensitifs de la face latérale de la cuisse droite qui correspondent soit à une méralgie paresthésique, soit à une atteinte radiculaire L3 ou L4. Je ne retiens pas de déficit moteur et les réflexes rotuliens et achilléens sont symétriques. L'examen ENMG des membres inférieurs montrent de rares dénervations dans les muscles paraspinaux lombaires à droite; le reste de l'examen est normal. Les neurographies sensitives et motrices en particulier montrent de belles amplitudes. Au total, les lombo-sciatalgies chroniques sont rebelles à tous les traitements essayés. Les signes de dénervation à l'EMG (électromyographie), rares mais indéniables, attestent tout de même une certaine souffrance radiculaire. Il n'est pas possible de préciser avec certitude la racine incriminée. (...)" Le 5 mars 2007, l'assurée dépose une seconde demande de prestations d'invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rééducation dans la même profession "si les douleurs de la hanche le permettent", ou d'une rente. Dans son avis médical du 4 avril 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ déclare ce qui suit : "Il existe une atteinte objective neurologique (voire ENMG); les plaintes sont d'ordre sensitif sans déficit moteur. L'IRM ne montre rien de grave. Cette atteinte est déjà connue au moins depuis 2003 et les plaintes sont identiques (voir rapport du Dr D\_\_\_\_\_). Dès lors, éviter le port de charges et les sollicitations excessives de la région lombaire. Donc, dans un poste adapté (léger physiquement), la capacité de travail reste la même (soit 100 %). Pas de modification notable depuis juin 2006." Le 11 avril 2007, l'OCAI fait parvenir à l'assurée un projet de décision de non entrée en matière sur sa demande de prestations, au motif que son état de santé ne s'est pas notablement modifié depuis juin 2006. En réponse à ce projet de décision, l'assurée fait parvenir à l'OCAI la première page d'un rapport du 24 avril 2007 du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et le rapport du Dr Mohamed J\_\_\_\_\_, psychiatre, du 10 mai 2007. Selon le rapport du Service de neurochirurgie précité, la patiente souffre depuis cinq ans de douleurs dorsales jamais traitées par médicaments ou physiothérapie. L'examen clinique met notamment en évidence une boiterie antalgique à la marche, un syndrome vertébral avec distance doigts - sol à 40 cm et difficulté au redressement. Le médecin dudit service partage l'avis du Dr D\_\_\_\_\_ quant au diagnostic différentiel de méralgie paresthésique droite ou de hernie discale L3-L4 intra-foraminale droite. Il propose de faire des infiltrations à but diagnostique et thérapeutique. Si ces infiltrations n'apportent pas de succès, il faudrait se concentrer sur une éventuelle méralgie paresthésique. Selon le rapport du 10 mai 2007 du Dr J\_\_\_\_\_, le problème principal est neurologique au niveau de la colonne lombaire. Les atteintes neurologiques provoquent une douleur chronique à l'origine d'un trouble dysthymique. Le souci sur l'intégrité corporelle provoque par ailleurs un trouble anxieux non spécifique. L'alcool est utilisé dans ce contexte surtout pour ses effets pharmacologiques. L'assuré fait l'objet d'infiltrations en date des 11, 23 et 30 mai 2007 au Service de radiologie des HUG. Selon le rapport relatif à la troisième infiltration, la patiente présente une discrète amélioration de la douleur radiculaire droite, mais se plaint maintenant de douleurs très importantes au niveau lombaire. Dans son avis médical du 30 mai 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ note notamment qu'il faut demander à l'assurée le rapport complet des HUG et le rapport de l'IRM de janvier 2007, avant d'entrer éventuellement en matière sur sa nouvelle demande. L'OCAI demande à l'assurée à plusieurs reprises de lui transmettre ces documents, sans succès. En lieu et place, celle-ci lui transmet les rapports des HUG relatifs aux infiltrations susmentionnées. Selon l'avis médical du 16 novembre 2007 du Dr K\_\_\_\_\_ du SMR, il n'y a aucun document attestant que l'assurée ne peut pas travailler dans une activité légère, respectant son dos. Il estime dès lors qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis médical du Dr I\_\_\_\_\_ du 14 juin 2006. Par

décision du 20 novembre 2007, l'OCAI confirme son projet de décision. Par courrier posté le 14 décembre 2007, la Dresse L\_\_\_\_\_ de la Permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand-Pré SA saisit le Tribunal de céans d'un recours contre la décision précitée, en concluant implicitement à son annulation. Elle relève que l'état de santé, tant physique que psychique de la patiente ne cesse de se péjorer et estime qu'elle présente une incapacité de travail totale pour toute activité professionnelle. Aucun traitement entrepris n'a jusqu'à présent apporté d'amélioration. Les douleurs sont constantes et ne laissent pratiquement aucun répit à la patiente, ni diurne ni nocturne et son état anxio-dépressif s'aggrave également. A l'appui de ses dires, la Dresse L\_\_\_\_\_ annexe le rapport du 20 novembre 2007 du Centre multidisciplinaire d'étude du traitement de la douleur des HUG. Les Drs M\_\_\_\_\_, N\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ émettent des diagnostics de cruralgie droite chronique, hypertension artérielle, scoliose de la colonne lombaire, éthylo-tabagisme chronique et status post-tentamen médicamenteux en décembre 2003. Dans l'anamnèse, ils relèvent l'apparition de cruralgies il y a quatre ans et des douleurs permanentes d'une intensité quasi maximale à 9,5/10 selon l'échelle visuelle analogique. Celles-ci ont augmenté au cours des quatre dernières années. La douleur occasionne une boiterie, une sensation de diminution de la force. La patiente prend un traitement antalgique, mais ne voit pas d'effet sur la douleur. Des séances de physiothérapie et les infiltrations n'ont pas non plus apporté de soulagement. Elle a par ailleurs déclaré à ses médecins avoir arrêté de travailler il y a cinq ans à cause de douleurs lombaires liées à une arthrose. Actuellement, elle est prise en charge par l'Hospice général. Elle décrit une vie très solitaire, vivant seule, ne voyant que très rarement sa famille et ses amis et occupant son temps libre à regarder la télévision ou à faire des mots croisés. Elle aime se promener en forêt mais est limitée pour ce faire par la douleur. Ces médecins estiment que, dans un premier temps, un avis rhumatologique serait nécessaire afin de confirmer le diagnostic de meralgie paresthétiquie par une infiltration au niveau du nerf phémoro-cutané superficiel qui peut aussi être thérapeutique. Selon le résultat de l'infiltration, ils proposent un traitement médicamenteux accompagné d'un suivi régulier et de séances de physiothérapie à but de reconditionnement. Ils relèvent en outre que la patiente montre une attitude destructive avec des éléments d'une symptomatologie dépressive. Le diagnostic d'état dépressif ne peut cependant pas être retenu en raison de la consommation chronique d'alcool, laquelle est connue pour induire des problèmes dépressifs. Dans son préavis du 4 février 2008, l'intimé conclut au rejet du recours, en se fondant sur l'avis médical du Dr I\_\_\_\_\_ du 4 avril 2007. Il souligne que la nouvelle demande n'a été déposée que très peu de temps après sa décision du 19 juin 2006. Le 21 mai 2004, la recourante est entendue en comparution personnelle. Elle déclare alors ce qui suit : "Je ne me rappelle plus pourquoi je n'ai pas contesté la décision du 19 juin 2006. C'est mon médecin qui m'a dit de déposer une seconde demande AI. Depuis juin 2006, mes douleurs ont augmenté. C'est de pire en pire. Ma jambe droite est "morte". Elle est très douloureuse et parfois j'ai comme des décharges électriques. Avant, je pouvais encore me promener. Aujourd'hui, ce n'est plus possible, je n'arrive plus à marcher. Je ne peux rien porter, à peine mon sac, mais rien de plus lourd. J'ai la hantise de devoir passer l'aspirateur. Lorsque je reste assise pendant un certain temps, cela peut être une heure ou 10 minutes, ma jambe droite devient insensible du genou au pied. Je ne peux pas non plus me baisser, car mon dos se bloque. Sur conseil de mon assistante sociale, je me suis inscrite au chômage à 50 %. Pour ce faire, mon médecin, la Dresse L\_\_\_\_\_, m'a délivré un certificat médical de capacité de travail à ce pourcentage. Je produis par la présente ce certificat médical. Dans le cadre du chômage, on m'a envoyée chez TRIALOGUE pour préparer un curriculum vitae et

une lettre de motivation. Cependant, la personne qui m'a reçue m'a dit de me soigner d'abord et qu'elle ne pouvait rien faire pour moi, en l'état. J'ai tout de même préparé un curriculum vitae que je produis également dans la procédure. J'ai travaillé essentiellement comme soudeuse. Il s'agit d'une activité assise. Elle nécessite cependant une position penchée en avant, ce que je ne supporte plus. Cela me provoque des douleurs dans le dos et la nuque. Je veux bien travailler, mais je ne sais pas où et quoi." Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable. Est litigieux en l'occurrence le point de savoir si l'intimé a refusé à raison d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante ou, en d'autres termes, si celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé. Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 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 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). En particulier, savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. 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 de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, 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 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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. 3 ou 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). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, 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 al. 3 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.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, 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. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b, RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). En l'espèce, la recourante a fait valoir une aggravation des lombo-sciatalgies droites et des douleurs lombaires. A cet égard, il ressort certes du rapport du D.\_\_\_\_\_ relatif à la consultation du 1<sup>er</sup> septembre 2006, qu'elle s'est plainte essentiellement des mêmes douleurs que lors de la consultation du 10 juillet 2003. Cependant, en plus de celles-ci, elle a fait état en septembre 2006 de douleurs sensibles permanentes de la face latérale de la cuisse. En outre, contrairement à l'examen en 2003, l'examen neurologique montre aujourd'hui des troubles sensitifs de la face latérale de la cuisse droite correspondant à une meralgie paresthésique et l'examen ENMG des membres inférieurs a révélé des dénervations des muscles paraspinaux lombaires à droite. L'examen clinique effectué au Service de neurochirurgie des HUG a mis en évidence une boiterie antalgique à la marche, ainsi qu'un syndrome vertébral avec difficulté de redressement, comme cela ressort du rapport de ce service du 24 avril 2007. Il convient par ailleurs de relever que la recourante n'avait jusqu'alors jamais traité les douleurs dorsales par des médicaments ou une physiothérapie, sauf à la Clinique genevoise de Montana, lors de son

séjour du 29 juin au 15 juillet 2005. Ce n'est qu'en mai 2007, que des infiltrations ont été effectués, sans beaucoup de succès toutefois. Dans son avis médical du 30 mai 2007, le Dr I\_\_\_\_\_ semblait hésiter à admettre une aggravation de l'état, sur la base du rapport du Service de neurologie du 24 avril 2007 et du rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 10 mai 2007, lequel avait considéré que le problème principal se trouve au niveau lombaire. Néanmoins, le Dr K\_\_\_\_\_ du SMR a considéré, dans son appréciation du 16 novembre 2007, qu'il fallait s'en tenir à l'avis médical précédent du Dr I\_\_\_\_\_ du 14 juin 2006, selon lequel il n'y avait aucune aggravation notable dans une activité légère, respectant le dos. Sur la base des rapports médicaux produits par la recourante, le Tribunal de céans estime toutefois qu'une aggravation notable est rendue plausible. En effet, la recourante présente aujourd'hui des troubles sensitifs à la cuisse droite, ce qui n'était pas le cas lorsqu'elle a été examinée en octobre 2003 par le Dr D\_\_\_\_\_. Ces troubles ont été objectivés par les examens neurologiques. A cela s'ajoute une boiterie à la marche et une demande de soins nettement accrue par rapport à la situation en 2003. Enfin, il y a lieu de supposer que cette aggravation a une répercussion considérable sur la capacité de travail et de gain de la recourante, celle-ci étant non seulement limitée à la marche, mais apparemment également en position assise. Au vu de ce qui précède, il aurait appartenu à l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Cela étant, la décision dont est recours sera annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'elle instruisse dans quelle mesure, à savoir à quel taux et dans quelle activité, la recourante peut encore travailler, et qu'elle procède le cas échéant à une comparaison de gain pour l'établissement du degré d'invalidité. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 20 novembre 2007. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction de la demande de prestation d'invalidité du 5 mars 2007 au sens des considérants et, ceci fait, décision sur le fond. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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); 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 Claire CHAVANNES La Présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.