

# GE\_GERICHTE A/2293/2017 vom 10. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2293\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2293_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/2293/2017 du 10 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE A/2293/2017 del 10 aprile 2018

## Erwägungen

### E. 1

ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Imed ABDELLI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1959, exploitait un salon de coiffure, en tant qu'associée de la société « Coiffure B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ » Sàrl depuis 1988. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 10 juin 2013. Elle allègue avoir subi une intervention le 2 octobre 2009, et joint à sa demande les compte-rendu opératoire du 13 octobre 2009 et rapport du 14 octobre 2009, des docteurs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, du service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), selon lesquels elle souffre d'une volumineuse hernie discale C6-C7 postéro-latérale gauche migrée en rétro-corporéal C7 gauche, depuis plusieurs mois, soit depuis avril 2009. Ils indiquent que l'incapacité de travail est de 100% depuis le 1 er octobre 2009 jusqu'au prochain contrôle. 2. Dans un rapport du 30 juillet 2013, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin traitant, chirurgien orthopédique, a retenu, à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, un syndrome douloureux du membre supérieur gauche depuis 2009, et, à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs thoraciques depuis la même date. Le médecin déclare que la capacité de travail exigible dans l'activité de coiffeuse indépendante est nulle, et à la question de savoir si sa patiente peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il se borne à demander : quelle activité ? Il dresse la liste des limitations fonctionnelles suivantes : - pas de position assise - ne pas se pencher - ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête - pas de rotation en position assise/debout - ne pas soulever, ne pas porter - ne pas monter sur une échelle/un échafaudage - pas de flexion de la nuque Il précise enfin que les incapacités de travail depuis 2009 ont évolué de manière fluctuante (multiples arrêts de travail à taux variables). 3. Le 22 janvier 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a constaté que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis deux mois en raison de séquelles de la cure chirurgicale sur la hernie discale C6-C7 opérée en 2009. Les incapacités de travail justifiées médicalement dans son activité habituelle avaient évolué défavorablement, sans reprise durable possible de l'activité. 4. Dans son rapport du 28 janvier 2014, le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec des symptômes somatiques, précisant au surplus que l'état de sa patiente s'était dégradé depuis le décès de son mari en février 2012. 5. Dans un rapport du 11 février 2014, la doctoresse H\_\_\_\_\_ du Centre médical du Léman a indiqué qu'il était possible d'envisager un travail de huit heures par jour sans charge au niveau du membre supérieur gauche et surtout avec une motricité distale. Selon elle, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Le pronostic est défavorable. L'assurée est

incapable de travailler à 100% comme coiffeuse depuis mai 2013. Il n'y a en revanche pas de restriction psychique. 6. Le 22 mai 2014, la Dresse H\_\_\_\_\_ a confirmé à l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis mai 2013. Celle-ci présente une mobilité de la nuque limitée en rotation gauche et des difficultés pour maintenir le membre supérieur gauche dans une position supérieure à 50° de flexion/abduction. 7. Un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante a été établi le 13 novembre 2014. Il en ressort que l'assurée a déclaré des revenus peu élevés en tant qu'indépendante entre 2005 et 2007. Il résulte de l'extrait de comptes individuels que l'assurée a versé la cotisation minimale depuis l'année 2008. Il n'y a plus de cotisations enregistrées dès 2010. Depuis juillet 2013, l'assurée n'a plus exercé d'activité professionnelle. 8. Par décision du 5 janvier 2015, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI, au motif que le degré d'invalidité était nul. 9. Par arrêt du 15 septembre 2015 ( ATAS/690/2015 ), la chambre de céans a rejeté le recours interjeté par l'assurée. Elle a en effet retenu - que le Dr F\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, ni dans son rapport du 30 juillet 2013, ni dans celui du 22 janvier 2014, qu'il se bornait à confirmer l'incapacité entière de travail dans l'activité de coiffeuse. - que la Dresse H\_\_\_\_\_ relevait le 11 février 2014 qu'il n'y avait pas de restriction psychique, que ce n'est que le 22 janvier 2015 qu'elle attestait d'une incapacité de travail sur le plan psychiatrique, quelle que soit l'activité envisagée, sans toutefois expliquer ce nouveau point de vue. - que le Dr G\_\_\_\_\_ confirmait une capacité entière de travail dans son rapport du 28 janvier 2014. - qu'il est vrai que le Dr I\_\_\_\_\_, nouveau médecin traitant psychiatre depuis le 7 janvier 2015, faisait état, le 2 février 2015, d'une incapacité totale de travail, précisant que « ce trouble dépressif est probablement en lien, d'une part, avec un deuil pathologique, suite au décès de son mari en février 2012, et, d'autre part, avec un syndrome douloureux chronique avec des limitations fonctionnelles qui l'empêchent d'exercer son métier de coiffeur et les conséquences qui s'en suivent avec notamment un sentiment d'impuissance et les difficultés financières », qu'il n'expliquait cependant pas pour quelle raison il s'écartait de l'avis des Drs H\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_. La chambre de céans a ainsi considéré, dans son arrêt du 15 septembre 2015, que l'appréciation du Dr I\_\_\_\_\_ ne suffisait pas à elle seule à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée. La chambre de céans a également constaté que le rapport du docteur J\_\_\_\_\_, gastroentérologue, daté du 16 avril 2015, selon lequel l'assurée souffrait d'une hernie hiatale avec signes de reflux mineurs et d'une gastrite modérée du corps gastrique et de l'antrum, et le résumé de séjour du 19 mars 2015 établi par le service des urgences des HUG, n'apportaient aucun élément nouveau non plus qui permettraient de conclure à une incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Aussi en a-t-elle conclu qu'une activité adaptée était possible à 100%. Elle a, enfin, confirmé les revenus sans invalidité et avec invalidité retenus par l'OAI sur la base des données salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) dans l'activité de coiffeuse, ainsi que le taux d'abattement de 10% pris en considération. 10. Par courrier du 8 juin 2016, l'assurée, représentée par Me Imed ABDELLI, a déposé auprès de l'OAI une demande de reconsidération sur la base de l'art. 53 al. 2 LPGA, précisant que la date à laquelle la chambre de céans avait rendu son arrêt était déterminante. Elle produit un rapport établi par le docteur K\_\_\_\_\_, neurologue, du 9 mai 2016, selon lequel, « malgré une légère amélioration post-opératoire et transitoire, on peut considérer que très rapidement l'état de santé de l'assurée s'est aggravé avec la présence de douleurs importantes dans la poitrine, la face interne du bras et surtout de l'avant-bras et de la main

versant cubital. (...) On peut considérer que depuis 2013, son état est stationnaire, voire légèrement aggravé, en raison de son affection à l'épaule. (...) En ce qui concerne l'affection neurologique, soit des douleurs neurogènes de topographie C8 gauche, la souffrance actuelle est déjà majeure et pour l'instant aucun traitement au-décours n'est susceptible de l'améliorer. Le pronostic reste extrêmement réservé. (...) Elle ne peut exercer à mon avis aucune activité, son membre supérieur gauche est totalement exclu de son schéma corporel. Il est d'ailleurs inexaminable de manière objective, les douleurs sont présentes malgré les médicaments qu'elle prend. Raisonnablement, sa capacité de travail résiduelle à mon avis est nulle en tenant compte du contexte à la fois neurologique et de ce que j'ai pu comprendre de son état psychologique. Actuellement, sa capacité de travail est nulle ». L'assurée produit également une attestation de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 10 mai 2016, laquelle confirme qu'elle souffre d'un syndrome douloureux chronique avec impotence fonctionnelle sévère du membre supérieur gauche suite à une cure chirurgicale d'hernie discale C6-C7 opérée en octobre 2009. L'évolution suite à cette opération est défavorable avec des douleurs du membre supérieur gauche en augmentation progressive prédominant distalement à partir du coude et avec des paresthésies et hypoesthésies vers les doigts. Actuellement, l'état de santé de l'assurée est péjoré. Le médecin relève que l'état de santé est stationnaire concernant la mobilité de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche, en aggravation en ce qui concerne son syndrome somatoforme douloureux et l'état anxio-dépressif. L'assurée conclut, au vu de ces deux rapports médicaux circonstanciés, au versement d'une rente d'invalidité à partir du 10 décembre 2013 sur la base de l'art. 29 al. 1 LAI. 11. Dans sa note du 11 janvier 2017, le médecin du SMR a considéré que les rapports des Drs K\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ n'apportaient pas d'éléments nouveaux susceptibles d'être investigués. 12. Le 13 janvier 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière, au motif que celle-ci n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision, confirmée par arrêt de la chambre des assurances sociales du 15 septembre 2015. 13. Le 3 février 2017, le docteur I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a, à la demande de l'assurée, rédigé un rapport le 3 février 2017 qu'il a adressé à l'OAI. Il y précise qu'il suit l'assurée depuis le 7 janvier 2015 à un rythme bimensuel. Celle-ci présente une symptomatologie dépressive et anxieuse évoluant de manière fluctuante et chronique probablement depuis l'année 2011. Il retient les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et trouble de la personnalité mixte avec des traits de personnalité dépendante et histrionique. Il confirme que d'un point de vue psychiatrique, la patiente présente, depuis le début de son suivi à son cabinet et à ce jour, une incapacité de travail à 100%. 14. Par courrier du 7 février 2017, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente présentait des problèmes de santé neurologiques et psychiatriques sévères depuis le début de son suivi médical. Elle a précisé que « le 7 février 2017, la patiente a eu pendant ma consultation un malaise sur hyperventilation avec perte de connaissance dans le cadre d'une crise d'angoisse sévère. J'ai constaté une hypersensibilité émotionnelle due à sa situation actuelle au niveau psychosocial ». Sa situation actuelle impliquait donc une incapacité de travail à 100%. 15. L'assurée a contesté le 22 février 2017 le projet de décision du 13 janvier 2017. Elle relève qu'il ressort clairement des rapports des Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ des 3 et 7 février 2017 que sa situation se dégrade, tant physiquement que psychologiquement. Les deux médecins soulignent en effet qu'il lui est impossible de travailler à cause de douleurs au niveau de l'épaule gauche, de ses bras et mains, et que les effets des

traitements lui ont provoqué des douleurs au niveau de la poitrine et des crises d'angoisse, ce qui a des répercussions directes sur son état psychologique, déjà fragilisé par le décès de son mari survenu en 2012. Elle demande à ce qu'il soit procédé à un complément d'instruction médicale. 16. Dans sa note du 6 avril 2017, le médecin du SMR a confirmé sa position, relevant que la Dresse H\_\_\_\_\_ évoque des cervicobrachialgies très algiques, un handicap presque complet du membre supérieur gauche, associé à une allodynie et des signes d'algoneurodystrophie et des lombalgies, ne mentionne plus l'épaule et décrit sans le nommer le syndrome somatoforme douloureux connu, de sorte qu'elle fait état de la même situation que dans son rapport du 11 février 2014.![endif]>![if> Quant au Dr I\_\_\_\_\_, il se borne à signaler que l'assurée présente toujours une symptomatologie dépressive et anxieuse, évoluant de manière fluctuante et chronique. 17. Par décision du 7 avril 2017, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière. ![endif]>![if> 18. L'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours le 23 mai 2017 contre ladite décision. Elle conclut, principalement, à ce que la décision de l'OAI du 7 avril 2017 soit annulée, à ce qu'il soit constaté qu'elle est toujours dans l'incapacité totale de travailler, quels que soient le taux et le domaine, à ce qu'une rente entière d'invalidité lui soit octroyée et à ce que des mesures de reclassement professionnel soient prises en charge, et, subsidiairement, à ce que le dossier soit renvoyé à l'OAI pour complément d'instruction comprenant plus particulièrement la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire au sens des considérants.![endif]>![if> L'assurée reproche à l'OAI de s'être uniquement fondé sur les conclusions sommaires et non motivées ayant trait à la procédure s'étant soldée par la décision négative du 5 janvier 2015. Elle rappelle que, tant du point de vue médical qu'au vu de son âge, les chances de réintégration sur le marché du travail sont nulles. 19. Dans sa réponse du 23 juin 2017, l'OAI rappelle que le litige porte sur le point de savoir s'il était légitimé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée, singulièrement si celle-ci a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé. Il conclut au rejet du recours.![endif]>![if> 20. Dans sa réplique du 21 août 2017, l'assurée ne comprend pas pourquoi l'OAI se contente de renvoyer à ses précédentes écritures, considérant qu'il ne donne ainsi aucune explication sur le point de savoir comment elle peut être considérée comme ayant une pleine capacité de travail dans une "activité adaptée", alors que son état de santé s'est aggravé. Elle rappelle qu'elle a présenté une nouvelle demande de prestations et n'a pas demandé une simple révision de son cas. Elle joint à ses écritures un nouveau rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ daté du 10 août 2017.![endif]>![if> Elle persiste dès lors dans sa conclusion relative à l'ouverture d'enquêtes pour entendre divers témoins et spécialistes afin de compléter l'instruction médicale, et considère qu'il s'impose d'ordonner la tenue d'une expertise judiciaire. 21. Dans sa duplique du 5 septembre 2017, l'OAI a déclaré qu'il maintenait ses conclusions. ![endif]>![if> 22. Le 25 septembre 2017, l'assurée a transmis à la chambre de céans un résumé de séjour daté du 21 juillet 2017, nécessité en raison d'une suspicion d'AVC. Le diagnostic retenu est celui de déficit neurologique ischémique réversible et de déficit neurologique focal fluctuant de résolution spontanée. ![endif]>![if> 23. Invité à se déterminer, l'OAI a, le 9 octobre 2017, répété 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, de sorte qu'il ne peut être tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse. ![endif]>![if> 24. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. ![endif]>![if> 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<sup>er</sup> 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 délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). 3. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. 4. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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 (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). b. 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). 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. 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 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 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 a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003) - 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.; 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 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). 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). L'exigence relative au caractère plausible 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 (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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 5. En l'espèce, l'assurée a déposé une demande de prestations AI le 8 juin 2016 en se référant expressément à l'art. 53 al. 2 LPGA. Elle souligne toutefois, dans ses écritures du 21 août 2017, qu'il s'agit-là d'une nouvelle demande de prestations et non pas d'une simple révision de son cas. [endif]> [if> Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, « l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable ». Il convient à cet égard de rappeler que la décision du 5 janvier 2015 avait été contestée auprès de la chambre de céans, et que celle-ci l'a confirmée par arrêt du 15 septembre 2015. Or, une décision ou une décision sur opposition formellement passée en force ne peut être reconsidérée que si elle n'a pas fait l'objet d'un jugement (RCC 1984 p. 41). La décision du 5 janvier 2015 ne saurait dès lors être reconsidérée par l'OAI au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. Il est utile d'ajouter que l'assurée avait la possibilité de recourir contre cet arrêt auprès du Tribunal fédéral, ce qu'elle n'a pas fait. L'arrêt du 15 septembre 2015 est dès lors entré en force. Aussi ne peut-on revenir sur l'appréciation des rapports médicaux telle qu'elle a été faite par la chambre de céans et qui l'a amenée à rendre cet arrêt, étant toutefois précisé qu'une décision juridictionnelle ne déploie l'autorité de la chose jugée que pour la période ou l'état de fait considéré. Rien n'empêcherait l'organe d'exécution, en cas de modification ultérieure des éléments à la base de sa décision ou à la fin de la période considérée, de statuer à nouveau en procédant à une nouvelle appréciation de l'état de fait (Circulaire sur le contentieux dans l'AVS, l'AI, les APG et les PC (CCONT), état le 1 er avril 2013, n os 2067 et 2068). C'est dès lors à tort que l'assurée reproche à l'OAI, dans le cas d'espèce, de se référer à l'arrêt du 15 septembre 2015. 6. Lorsque l'assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision, il doit rendre plausible

que son invalidité s'est modifiée. Le présent litige se limite dès lors au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la demande déposée par l'assurée le 8 juin 2016. 7. Il y a lieu en l'espèce de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse, soit le 7 avril 2017, et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations, soit le 5 janvier 2015, et de déterminer s'il est plausible qu'une aggravation de l'état de santé soit intervenue. Pour apprécier une reconsidération, est déterminante la situation de fait qui existait au moment où la première décision – ou décision sur opposition – a été rendue. À défaut, si des faits nouveaux ou de nouvelles preuves susceptibles d'aboutir à une autre appréciation juridique ne sont découverts qu'après coup, on ne se trouve pas en présence d'un cas de reconsidération, mais de révision procédurale. L'organe d'exécution est tenu de revenir d'office sur des décisions formellement passées en force si des faits nouveaux importants ou de nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant apparaissent après coup (cf. art. 53 al. 1 LPGGA). Une décision juridictionnelle passée en force ne peut être modifiée que dans un procès en révision du jugement (art. 61 let. i LPGGA ; TFA du 22 juin 1981, RCC 1982, p. 87). 7. À l'appui de sa demande, l'assurée a produit deux documents médicaux, soit un rapport du Dr K\_\_\_\_\_ du 9 mai 2016 et un rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ du 10 mai 2016. 8. Selon le Dr K\_\_\_\_\_, l'état de santé de l'assurée est stationnaire, voire légèrement aggravé, en raison de l'affection à l'épaule depuis 2013, alors que selon la Dresse H\_\_\_\_\_, il est stationnaire concernant la mobilité de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche. Celle-ci relève, il est vrai, une aggravation du syndrome somatoforme douloureux et de l'état anxio-dépressif, sans toutefois apporter de précision à cet égard. Force est ainsi de constater que l'aggravation de l'état de santé, plutôt légère selon le Dr K\_\_\_\_\_ et inexistante selon la Dresse H\_\_\_\_\_ s'agissant de la colonne cervicale et du membre supérieur gauche, remonte à 2013, soit à une date antérieure à la décision du 5 janvier 2015. Pour le reste, les rapports restent succincts. 8. Deux autres attestations datées ont également été versées au dossier. 9. La première est rédigée par le Dr I\_\_\_\_\_ le 3 février 2017. Ce médecin confirme certes que d'un point de vue psychiatrique, la patiente présente, depuis le début de son suivi à son cabinet, soit le 7 janvier 2015, une incapacité de travail à 100%, mais précise que la symptomatologie dépressive et anxieuse évolue de manière fluctuante et chronique probablement depuis l'année 2011. La seconde de la Dresse H\_\_\_\_\_ est datée du 7 février 2017. Elle ne fait état d'aucune modification de l'état de santé de sa patiente, hormis le malaise subi lors de sa consultation. Force est de constater qu'aucune aggravation de l'état de santé n'est mise en évidence par aucun de ces deux médecins. 9. L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir pas procédé aux vérifications nécessaires et persiste à demander à ce que des médecins soient entendus et à ce qu'une expertise judiciaire soit ordonnée. Il y a toutefois lieu de rappeler 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. 10. Or, il résulte de ce qui précède que les pièces produites ne permettent pas de rendre plausible une aggravation de l'état de santé depuis le 5 janvier 2015. Contrairement à ce que soutient l'assurée, dès lors que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande des art. 87 al. 3 et 4 RAI, il n'appartient ni à l'OAI ni au Tribunal de procéder à des mesures d'instruction, notamment en entendant ces médecins,

mais à l'assuré de fournir les éléments médicaux pertinents. À cet égard, on relèvera qu'il ne suffit pas à l'assuré de déposer des rapports, encore faut-il 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 résiduelle retenus à l'époque. 10. En cours de procédure, l'assurée a transmis à la chambre de céans un résumé de séjour du 21 juillet 2017 et un rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_ daté du 10 août 2017. Il ne peut cependant être 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 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3). Ne peuvent être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, que s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). 11. Il apparaît ainsi que l'état de fait est resté quasi identique. Les nouveaux documents médicaux ne rendent pas vraisemblable que les conditions de fait se soient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 5 janvier 2015. Force est en conséquence de constater que l'assurée n'a pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et propre à modifier ses droits, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière. Aussi le recours est-il rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :**

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