

GE_GERICHTE A/2494/2012 vom 16. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2494_2012

FR: GE_GERICHTE A/2494/2012 du 16 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/2494/2012 del 16 ottobre 2012

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à Genève, représentée par Monsieur G _____, licencié en droit recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT Madame F _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, d'origine macédonienne, mariée et mère de trois enfants, est arrivée en Suisse en 1993. Elle a travaillé en tant que lingère pour l'entreprise X _____ SA à 60 %, soit 5 heures 30 par jour, dès 1996 et elle exerçait également une activité accessoire depuis 1997 comme nettoyeuse auprès de la société Y _____ SA à raison de 2 heures par jours, 5 jours par semaine. Son salaire annuel global se montait à 28'924 fr. En raison de douleurs chroniques ressenties au poignet droit, l'assurée a consulté le docteur L _____, chef de clinique du département de chirurgie de la main des Hôpitaux universitaires de Genève, en juillet 1997. Le diagnostic d'ostéonécrose aseptique du semi-lunaire (stade III B) au poignet droit ou maladie de KIENBÖCK stade III B a été posé. L'assurée a subi une opération le 25 novembre 1997, soit une dénervation du carpe associée à une styloïdectomie radiale et est en arrêt de travail depuis lors. En mai et juin 1998, le docteur M _____, spécialiste FMH en chirurgie, agissant en tant qu'expert pour la SWICA ASSURANCES, assureur maladie de la société X _____ SA, a relevé que l'incapacité totale de travail était justifiée, surtout dans un travail de force comme devait l'effectuer l'assurée. Il a estimé que l'assurée ne serait plus capable de travailler dans son ancienne profession de lingère, raison pour laquelle il se justifiait d'annoncer le cas à l'assurance-invalidité en vue d'un recyclage professionnel. Le 13 juillet 1998, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) en sollicitant l'octroi d'une rente. L'OAI a procédé à une instruction médicale. En mai 1999, le docteur M _____ a réexaminé l'assurée et a estimé que le status était pratiquement superposable à celui de juin 1998. La patiente était capable d'effectuer de petits travaux de nettoyage à 100 %, mais pour les travaux nécessitant de gros efforts, sa capacité de travail était diminuée de 50 %. Le médecin a encore relevé que, vu le contexte social, un recyclage professionnel dans une autre profession lui paraissait difficile, étant donné la méconnaissance de la langue. En mai 2000, le docteur L _____ a relevé que l'assurée ne pouvait plus exercer son métier de blanchisseuse en raison des exigences que celui-ci impliquait pour le poignet droit mais qu'elle était capable de travailler à 100 % dans une autre profession adaptée telle que manutentionnaire légère, vendeuse ou réceptionniste, avec un rendement diminué de 50 %. L'assurée a bénéficié d'une mesure de réadaptation professionnelle entre juin et décembre 2001, dont 4 mois de stage, à l'issue de laquelle il a été conclu à une capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible théorique de 65% au minimum dans un emploi adapté, simple et léger tel qu'ouvrière d'usine, dame de buffet (sans contact direct avec la clientèle), contrôleuse de pièces simples ou dans le

conditionnement de produits finis. Les principales limitations au reclassement ne relevaient pas de l'assurance-invalidité car elles consistaient en des difficultés d'intégration socioculturelle, une communication extrêmement limitée en français, une brève scolarisation, de la lenteur et de la passivité ainsi qu'en une grande dépendance au mari, lequel décidait à la place de l'assurée. En outre, la motivation au travail n'était pas suffisante, l'assurée ayant plutôt cherché à mettre en évidence des difficultés plutôt que des capacités, avec d'évidentes incohérences. Aucun projet d'avenir n'avait été ébauché et le contexte familial n'était pas propice à la réelle reprise d'une activité à plein temps (enfants en bas âge). Le Dr N _____, médecin-conseil du COPAI, avait estimé que les conclusions du COPAI étaient probablement pessimistes en raison des difficultés de communication et de l'absence de motivation de l'assurée. Il lui paraissait difficile d'envisager une reprise de travail effective dans la mesure où l'assurée allait certainement continuer à consulter et à réclamer des certificats médicaux. Par décision du 4 mars 2002, l'OCAI a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 10 % et lui a refusé tout droit aux prestations de l'assurance-invalidité. L'assurée a fait recours contre cette décision. Le 15 octobre 2003, le Dr O _____, spécialiste en chirurgie de la main, mandaté en tant qu'expert par l'OAI, a diagnostiqué une arthrose du poignet due à une ancienne maladie de KIENBÖCK. A la différence du COPAI, qui avait retenu que la patiente n'était que partiellement capable de travailler, il estimait quant à lui qu'elle était capable de travailler à 100 %, mais uniquement dans les travaux n'exigeant que de légers efforts de la main droite, comme les activités dans la vente ou le contrôle. Par arrêt du 30 mars 2004, le Tribunal cantonal des assurances sociales (la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice depuis le 1^{er} janvier 2011) a rejeté le recours, estimant que la capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée de 65% retenue par l'OAI était correctement fondée sur l'avis du médecin-conseil du COPAI ainsi que sur l'observation professionnelle de la recourante. Le Tribunal a retenu un abattement supplémentaire de 10% sur le salaire d'invalidé, en raison des limitations de la recourante, de sa nationalité et de son absence de formation, de sorte que le taux d'invalidité s'élevait à 11,19%, ce qui n'ouvrait aucun droit à des prestations. Par arrêt du 12 avril 2007, le Tribunal fédéral des assurances a rejeté le recours, au motif que la juridiction cantonale était fondée à s'écarter du point de vue du médecin-traitant de l'assurée, le Dr L _____ et à se référer aux conclusions du spécialiste du COPAI, l'appréciation du Dr N _____ étant confirmée non seulement par les observations effectuées au COPAI mais également par les conclusions du Dr M _____, spécialiste en chirurgie. De surcroît, aucun des médecins qui s'étaient prononcé sur le cas n'avait fait état d'une quelconque atteinte à la santé psychique, de sorte qu'aucune instruction complémentaire ne se justifiait et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter du point de vue des premiers juges qui avaient conclu à l'existence d'une capacité résiduelle de travail de 65% dans un travail léger, avec une activité répétitive. L'assurée a déposé une demande "en réexamen" à l'OAI le 13 février 2006. Elle explique qu'elle détient désormais un rapport médical du 31 octobre 2005 du Dr P _____, spécialiste en chirurgie de la main, qui atteste d'une capacité de travail résiduelle de 50%, dans une activité adaptée, compte tenu de la diminution de force, des douleurs et de la fatigabilité. Le 24 septembre 2007, M. I _____, coordinateur de l'association Z _____, psychologue et thérapeute FSP, a attesté suivre l'assurée depuis le 19 juin 2007, car elle présente des traits dépressifs majeurs et se plaint de douleurs récurrentes au bras droit. Il estime qu'il serait souhaitable que l'assurée poursuive sa thérapie et bénéficie du suivi d'un médecin et il précise qu'elle n'a jamais repris d'activité depuis 1997. Par décision du 15 janvier 2008, l'OAI a rejeté la

nouvelle demande de prestations de l'assurée, en l'absence de tout traitement ou suivi psychiatrique. Suite au recours de l'assurée, le SMR a estimé, sur la base des nouvelles pièces produites, notamment le rapport médical d'un psychiatre mentionnant un état dépressif chronique en péjoration, avec prise en charge au CTB, qu'il convenait de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychiatrique et somatique, afin de déterminer si l'assurée présentait une aggravation objective de son état de santé. Par arrêt du 9 septembre 2008, le Tribunal a annulé la décision du 15 janvier 2008 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. Une expertise bidisciplinaire a été confiée par l'OAI au Bureau Romand d'Expertise Médicale (BREM), effectuée par la Dresse Q _____, spécialiste en rhumatologie et le Dr R _____, spécialiste en psychiatrie, en présence d'un traducteur. Le rapport d'expertise du 5 mars 2009 est fondé sur l'ensemble du dossier et un examen clinique de l'assurée. Il contient un résumé précis des pièces médicales et du rapport du COPAI, ainsi que des pièces juridiques. Les experts ont pris contact, à la demande de l'expertisée, avec son mari et l'un de ses médecins, par téléphone. Ils ont par ailleurs obtenu les rapports médicaux des HUG, concernant le plan psychiatrique : hospitalisation du 15 février au 14 mai 2008, séjour du 11 juin 2008, puis rapport de suivi du 11 juin 2008 au 12 janvier 2009. Le rapport contient une anamnèse détaillée. S'agissant des plaintes de l'assurée, elle est très vague quant à la survenance de son impotence, qu'elle décrit toutefois comme étant totale. Elle n'a plus vu le Dr L _____ depuis six ans, ni le Dr P _____ depuis trois ans et ne rencontre son nouveau généraliste, la Dresse S _____, seulement en cas de grippe ou de problèmes aigus et prend, régulièrement, les médicaments prescrits par son psychiatre. Du point de vue psychique, elle se plaint de tristesse, d'anhédonie, de sensation de faiblesse et de fatigue prononcée, de troubles de la mémoire, d'insomnies, d'inquiétudes, d'intolérance au bruit. Les constatations faites lors de l'examen objectif sont détaillées. Du point de vue psychique notamment, l'expert relève que l'assurée ne parle pratiquement pas, reste figée, immobile, sans mouvement spontané ni mimique expressive et paraît lointaine, passive, comme absente tout en s'animant, parfois, pour se lancer dans un discours ininterrompu au ton monocorde, traduit par l'interprète. S'agissant de l'appréciation du cas, du point de vue somatique, l'assurée utilise son membre supérieur droit de manière dominante dans sa gestuelle, n'étant limitée ni dans les gestes fins, ni pour se déshabiller, ni pour écrire. Son carpe droit est limité plus sévèrement qu'en 2003 au plan des indices de mobilité, mais cela ne limite pas sa gestuelle, l'assurée présentant au surplus une arthrose radiocarpienne sévère. Les experts relèvent que l'assurée présente des traces d'utilisation au niveau pulpaire, comme on peut le voir chez les couturières et les courtepointières, l'assurée n'ayant pas répondu à la question de la raison de la persistance de ces traces d'utilisation. L'évaluation de la capacité de travail faite à l'époque tenait compte de limitations très importantes de la fonction de la main droite, et vraisemblablement plus importantes que l'usage que l'assurée en fait dans sa vie quotidienne, selon la musculature relativement bien préservée après plusieurs années d'évolution. Pour le surplus, les lésions dégénératives rachidiennes et d'arthrose fémoro-patellaire sont compatibles avec la description des postes de travail établie par le COPAI en 2001. La capacité de travail exigible va de 65% à 75%, après une période de mise au courant et de réentraînement au travail durant trois mois, dans une activité légère, sans port de charges et ne sollicitant pas trop le membre supérieur droit. Au plan psychiatrique, les experts retiennent les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen à sévère, avec syndrome somatique. Les atteintes sont documentées depuis 2007 et l'incapacité de travail durable depuis 2008. Hormis les

plaintes douloureuses, les experts indiquent qu'il existe des éléments subjectifs (tristesse, fatigue, anhédonie, culpabilité) et objectifs (ralentissement vocal et moteur) d'un syndrome dépressif, dont les éléments objectifs sont clairement présents, qui parlent en faveur d'un syndrome dépressif relativement sévère, mais l'appréciation doit être nuancée, dans la mesure où l'expertisée est capable de s'animer par moments et d'être revendicative, qui est peu caractéristique d'une dépression sévère. Ils mentionnent une symptomatologie dépressive, accompagnée d'un comportement complètement passif et dépendant, l'expertisée se reposant complètement sur son entourage pour les tâches ménagères, mais aussi pour son propre entretien. Ce trouble dépressif résistant entraîne une baisse du rendement significative, en raison du manque d'énergie et de motivation, de la fatigue due à l'insomnie et aux probables troubles cognitifs. En nuanciant la sévérité de la dépression (les médecins traitants estimant la dépression sévère et l'incapacité totale) sur la base de l'appréciation faite, les experts, estiment raisonnable de fixer à 50% la baisse durable de rendement due à la dépression persistante et, au vu du peu de résultat du traitement mis en place et correctement suivi depuis près de deux ans, il est peu probable qu'une amélioration significative de l'état clinique et de la capacité de travail puissent intervenir dans un délai prévisible. En ce qui concerne le caractère invalidant du trouble somatoforme, les experts retiennent une comorbidité psychiatrique relativement importante et durable, à savoir un épisode dépressif moyen à sévère persistant et résistant au traitement conduit "lege artis". Ils estiment qu'il est concevable que, dans une certaine mesure du moins, l'expertisée soit en mesure de faire des efforts nécessaires pour surmonter ses douleurs, dans le but d'exercer une activité, pour autant qu'elle le souhaite. Les experts mentionnent l'existence d'atteintes corporelles, une certaine désinsertion sociale, mais la perte d'intégration ne concerne pas tous les domaines de la vie, puisque l'expertisée est intégrée dans son milieu familial et voyage en Macédoine; l'état psychique paraît peu mobilisable, figé, donc probablement cristallisé; les plaintes douloureuses restent inchangées depuis des années malgré les traitements. Finalement, les experts retiennent une capacité de travail de 100% dans une activité légère, sans port de charge et qui ne sollicite pas trop le membre supérieur droit. Du point de vue somatique, ils retiennent une diminution de rendement de l'ordre de 35% si l'assurée se remet au travail et qui, avec l'habitude du poste, pourrait être limitée à 25% par la suite. Du point de vue psychique, ils retiennent une diminution de rendement de 50% dans toute activité. L'assurée pourrait mettre en action sa capacité de travail résiduelle théorique, mais il est peu probable que cette capacité soit améliorée de manière significative. Le SMR a retenu, par avis du 6 avril 2009, que l'assurée avait une capacité de travail de 65% depuis 2002 dans un poste adapté. Du point de vue psychiatrique, le SMR estime que tous les critères pour admettre comme maladie le trouble somatoforme ne sont pas remplis, car l'assurée explique qu'elle sort peu de chez elle mais quand il le faut, elle est capable de voyager avec son fils jusqu'en Macédoine, ce qui confirme les discordances entre les plaintes, correspondant à un état grabataire, et les éléments objectifs, ce qui implique qu'il faut relativiser les déclarations de l'assurée. Le SMR considère donc que le trouble dépressif doit être considéré comme faisant partie du syndrome douloureux, présent depuis plusieurs années, donc avant la survenue de l'état dépressif. Il n'y a donc pas de motif pour diminuer la capacité de travail de 65% à 50%, pour des raisons psychiques. Par projet du 7 avril 2009, confirmé par décision du 26 mai 2009, l'OAI refuse toute prestation à l'assurée, au motif que l'expertise du BREM établit qu'elle est parfaitement apte à exercer une activité adaptée à son état de santé à 65% depuis 2002. Aucun recours n'a été formé contre cette décision. Toujours représentée par le même mandataire, l'assurée a déposé une

nouvelle demande de prestations d'invalidité le 1^{er} décembre 2011, au motif que sa capacité de travail ne dépasse pas 50%, en raison de son atteinte psychiatrique. Elle produit le rapport du 26 octobre 2011 du Département de psychiatrie des HUG signé par le Dr T _____ qui indique, notamment, que l'assurée souffre principalement de colère, dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, avec symptômes somatiques au premier plan. Le suivi mensuel initié en février 2008 a eu lieu jusqu'en octobre 2010, puis a été interrompu neuf mois, avant d'être repris en juillet 2011. La patiente ne présente aucune aggravation de son état de santé psychique depuis le début de son arrivée en 2008. Malgré le fait que la patiente estime être en incapacité totale de travail au vu de sa maladie, dont la définition émise par elle-même reste très floue, le Dr T _____ retient que sa capacité de travail actuelle pourrait être de 50% et augmentée progressivement sur les mois à venir en fonction de l'évolution psychique. Par pli du 1^{er} décembre 2011, l'OAI a invité l'assurée à déposer une demande au moyen du formulaire officiel et à rendre plausible une éventuelle modification du degré d'invalidité. Par pli du 10 janvier 2012, l'OAI a sommé l'assurée de produire, à ses frais, un rapport médical détaillé ou d'apporter tout autre élément propre à constituer un motif de révision d'ici le 17 février 2012, délai prolongé au 23 mars 2012. Le 22 mars 2012, l'assurée a déposé le formulaire de demande de prestations d'invalidité ainsi qu'un rapport du Dr U _____, médecin interne à la consultation de psychiatrie, daté du 14 février 2012, qui diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique, un trouble somatoforme indifférencié et un trouble de la personnalité sans précision. Il mentionne l'absence d'aggravation importante de la symptomatologie depuis 2008 et une capacité de travail résiduelle de 50% pour la symptomatologie psychique. Le Dr V _____, spécialiste en médecine interne, a attesté le 28 février 2012 que sa patiente, depuis février 2012, se plaint de douleurs articulaires et note elle-même une aggravation depuis deux semaines qui l'empêche de dormir. Le bilan radiologique et sanguin est dans les limites de la norme et il a adressé l'assurée pour une consultation en rhumatologie, en raison d'une probable discopathie C4-C5 et une discopathie L5-S1. Sur la base de l'avis du SMR du 2 mai 2012, qui relève que selon l'avis des deux médecins du Service de psychiatrie, il n'y a pas d'aggravation de la symptomatologie depuis 2008, l'OAI refuse d'entrer en matière par projet de décision du 9 mai 2012. L'assurée fait valoir que les deux médecins des HUG ont retenu une capacité de travail de 50%, par prise de position du 11 juin 2012. L'OAI confirme son projet par décision du 12 juin 2012 et refuse d'entrer en matière, à défaut d'aggravation notable de l'état de santé depuis les dernières décisions, l'assurée n'ayant pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle. Par acte du 14 août 2012, représentée par le même conseil, l'assurée forme recours contre la décision. Elle fait valoir la péjoration de son atteinte physique et psychique, se fondant sur les rapports médicaux de ses médecins-traitants et rappelle, une fois encore, que ses psychiatres estiment sa capacité de travail à 50%. Citant la jurisprudence sur la valeur probante d'un rapport médical, elle conclut à l'octroi de 50% de rente AI. Elle produit le rapport médical du 14 février 2012 du Dr U _____ ainsi qu'un courrier du Dr V _____ du 13 janvier 2012, qui rappelle qu'il n'a vu que quatre fois la patiente, en 2011, pour une douleur à l'épaule droite, un problème d'insomnie, des douleurs du dos et une infection urinaire, précisant que si elle souhaite un rapport médical pour apprécier le droit à des prestations, il convient de s'adresser au psychiatre. L'OAI a conclu au rejet du recours le 22 août 2012 au motif que l'assurée ne rend pas plausible la modification du taux d'invalidité, les psychiatres s'étant prononcés en retenant un trouble dépressif récurrent,

épisode moyen ou sévère, ainsi qu'un trouble somatoforme indifférencié, alors que l'expertise du BREM retenait également un épisode dépressif moyen à sévère avec syndrome somatique, chronique et résistant au traitement ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il est donc justifié de refuser d'entrer en matière. Par pli du 17 septembre 2012, l'assurée maintient ses conclusions, à défaut de nouvelles appréciations de l'état de santé par ses médecins et rappelle encore une fois les diagnostics ressortant du rapport médical du 14 février 2012, la persistance des symptômes dépressifs depuis 2008 et la capacité résiduelle de travail de 50%. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est modifié depuis mai 2009 au point de lui ouvrir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement si elle rend plausible une telle modification. a) Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impuissance ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI. 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 qui a précédemment rendu une décision entrée en force, 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 cons.2b, 117 V 198 cons.4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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'entrer 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'article 87 al.3 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 cons.2b).

b) La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'article 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'article 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le TFA n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples ("einfache Abklärungshandlungen", ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid.3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (ATFA non publié du I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (ATFA non publié I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (ATFA non publié I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5 p. 349) (ATF du 30 juin 2009 9C 1012/2008).

a) Dans l'ATF 130 V 64, le Tribunal fédéral des assurances a jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité, ne s'applique pas

à la procédure de l'article 87 al.3 RAI. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a notamment précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'article 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31.12.2002; actuellement, v. art.43 al.3 LPGA) - 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'article 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (voir art.5 al.3 et 9 Cst.féd.; ATF non publié H 290/98 du 13 juillet 2000). 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. b) Lorsque ces exigences concernant la fixation d'un délai et l'avertissement des conséquences juridiques de l'omission sont remplies, le juge doit se fonder sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment de la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 in fine p. 69). c) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 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 et la référence sous note no 27). En l'espèce, l'assurée a déposé une première demande de prestations en 1998, qui a donné lieu à une décision de refus le 4 mars 2002, confirmée par les instances judiciaires cantonales et fédérales, les 30 mars 2004 et 12 avril 2005. L'assurée était alors considérée comme étant capable de travailler, en tout cas à 65%, dans une activité simple, ménageant son membre supérieur droit, sans diminution de rendement, aucun trouble psychiatrique n'étant mentionné. L'assurée a déposé une deuxième demande de prestations le 13 février 2006, refusée et qui a donné lieu, après renvoi du Tribunal le 9 septembre 2008, à une expertise rhumatologique et psychiatrique du BREM en décembre 2008. Les experts ont conclu que l'assurée disposait, du point de vue physique, d'une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement qui devait évoluer de 35% à 25%, après une reprise du travail mais que, du point de vue psychique, l'assurée était pleinement capable de travailler, avec une diminution de rendement de 50% dans toute activité et ce malgré un traitement psychotrope et psychothérapeutique suivis. Les experts ont retenu la présence d'un trouble douloureux somatoforme et d'une comorbidité psychiatrique relativement importante et durable, à savoir un épisode dépressif moyen à sévère persistant et résistant au traitement, de sorte qu'il était concevable que, dans une certaine mesure, l'expertisée soit en mesure de faire des efforts nécessaires pour surmonter ces douleurs dans le but d'exercer une activité, pour autant qu'elle le souhaite. Les experts ont retenu la présence partielle des autres critères de la jurisprudence pour admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme. C'est sur cette base qu'ils ont retenu une capacité de travail avec un rendement diminué de

moitié depuis 2008. Cependant, le SMR a estimé qu'en raison du fait que l'ensemble des critères jurisprudentiels n'était pas réuni, il convenait de nier au trouble somatoforme un caractère invalidant, de sorte "qu'il ne se justifiait pas de diminuer la capacité de travail de 65% à 50%". C'est sur cette base que l'OAI a refusé, le 26 mai 2009, toute prestation à l'assurée, estimant qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. Or, la recourante a déposé une troisième demande le 1^{er} décembre 2011, en se fondant sur le rapport du Dr T_____ du 26 octobre 2011 qui atteste précisément que la patiente ne présente pas d'aggravation de son état de santé psychique depuis le début de son arrivée à la consultation en 2008 et maintient que, depuis lors, sa capacité de travail est de 50%, mais devrait pouvoir augmenter progressivement. Aucun nouveau diagnostic n'est retenu pour fonder cette limitation de la capacité de travail à 50%. Ensuite, et malgré le délai imparti par l'OAI conformément à la loi, la recourante n'a produit aucun rapport médical rendant plausible une aggravation de son état de santé, le Dr U_____ confirmant l'absence d'aggravation depuis 2008 et le nouveau médecin-traitant, le Dr V_____ sous-entendant clairement qu'aucune incapacité de travail n'est liée à l'état de santé somatique. Par conséquent, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision, entrée en force, notifiée le 26 mai 2009. Il n'appartenait dès lors pas à l'intimée d'instruire plus avant les aspects médicaux du cas, et c'est à juste titre qu'elle a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande. Si la recourante entendait faire valoir que son état psychique était invalidant depuis 2008 et correspondait à une aggravation de son état de santé et de son taux d'invalidité depuis la première décision de 2002, elle devait recourir contre la décision de refus de prestation du 26 mai 2009 et faire valoir, à l'instar de ce que retenait le CEMED, que la comorbidité psychiatrique était suffisamment grave pour retenir que le trouble somatoforme était - partiellement - invalidant. L'assurée ne semble d'ailleurs pas véritablement prétendre, dans le cadre de la présente procédure, que son état de santé se serait aggravé ultérieurement, mais uniquement que sa capacité de travail est limitée à 50%, depuis 2008, en raison de l'atteinte psychique chronique dont elle souffre. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Irene PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le