

## **GE\_GERICHTE A/4151/2011 vom 5. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-05, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4151\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4151_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/4151/2011 du 5 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE A/4151/2011 del 5 giugno 2012

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 05.06.2012  
A/4151/2011

A/4151/2011 ATAS/762/2012 du 05.06.2012 ( AI ) , REJETE En fait En droit  
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4151/2011  
ATAS/762/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 5 juin  
2012 2ème Chambre En la cause Madame R\_\_\_\_\_, domiciliée à Onex, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître ZUFFEREY Georges recourante contre  
OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon  
97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame R\_\_\_\_\_, née en 1978 (ci-après l'assurée  
ou la recourante) titulaire d'un certificat fédéral de capacité de laborantine obtenu en 2000 a  
travaillé à 100% puis à 70% en cette qualité jusqu'en avril 2004. L'assurée a déposé le 14  
juin 2004 une demande de prestations à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU  
CANTON DE GENEVE (OAI), en raison d'une dysplasie femoro-patellaire bilatérale. Elle  
précise être suivie par une psychologue et que les examens pratiqués à la demande du Dr  
A\_\_\_\_\_ en juin 2005 (IRM) ont révélé un handicap définitif sous la forme d'un canal  
lombaire étroit non opérable. Le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et  
médecin-traitant de l'assurée atteste le 28 juin 2004 d'un état anxio-dépressif avec effet sur  
la capacité de travail et de dorso-lombalgies, otites chroniques sans répercussion sur la  
capacité de travail. L'assurée est totalement incapable de travailler du 22 au 31 janvier 2003  
et depuis le 4 décembre 2003. Le Dr A\_\_\_\_\_, rhumatologue, atteste le 7 septembre  
2005 de douleurs chroniques au poignet gauche suite à une chute depuis 1996 et de  
lombosciatalgies droites non déficitaires depuis 2005. L'IRM montre un canal étroit  
modérément décompensé avec une hernie discale L4-L5 non compressive. Le syndrome  
femoro-patellaire douloureux des deux genoux a été amélioré sous physiothérapie. Il n'a pas  
prescrit d'arrêt de travail et n'a pas revu la patiente depuis le 30 juin 2005. Sa capacité de  
travail dans l'activité habituelle est entière. Le salaire de l'assurée auprès de son dernier  
employeur en mars 2004 était de 3'509 fr. brut/mois, sans 13ème pour un emploi à 70%.  
Elle a perçu des prestations cantonales en cas de maladie de l'assurance-chômage dès le 1er  
avril 2004 et elle est également assistée par l'Hospice Général depuis juin 2004. L'assurée a  
été soumise à une expertise psychiatrique. Le rapport du Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre, du  
18 mai 2006, est fondé sur le dossier médical et un entretien de 2h.15 avec l'assurée. Il  
détaille les plaintes de l'assurée qui sont d'ordre somatique (douleurs dorsales, cervicales,  
fourmillements, douleurs dans les poignets), mais également des angoisses (de mort, de  
devenir alcoolique), des palpitations, de la transpiration et des nausées, des impressions de  
déréalisation. Le rapport contient une anamnèse détaillée. L'examen psychiatrique est  
précisément décrit. L'expert retient les diagnostics de troubles hypochondriaques (F45.2)  
depuis l'adolescence; de troubles paniques (F41.0) depuis plusieurs années; d'utilisation  
nocive d'alcool (F10.1), de personnalité émotionnellement labile de type borderline

(F60.31), depuis l'adolescence, tous ces diagnostics étant sans répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de l'appréciation du cas, l'expert relève que le trouble hypocondriaque cause une anxiété importante. Le trouble panique présente des épisodes surtout dans le calme, la nuit, dans des situations n'impliquant pas de danger réel, avec des intervalles relativement longs entre les attaques. L'assurée ne présente pas de syndrome de dépendance à l'alcool et bien que la consommation soit excessive, elle parvient à diminuer sa consommation, à cause de sa peur de devenir dépendante et notamment suite à une opération. Elle présente un type de personnalité émotionnellement labile, mais pas de trouble de la personnalité. Elle montre une inconstance dans l'image de soi, y compris dans les objectifs et les préférences sexuelles et personnelles, ne sachant pas si elle est hétérosexuelle, bisexuelle ou homosexuelle. Son engagement dans des relations instables la conduit à des crises émotionnelles, ayant beaucoup d'exigences vis-à-vis de ses partenaires et des gestes auto-agressifs. Elle ne souffre pas d'un trouble spécifique de la personnalité (F60), ne montrant pas d'attitude ou de comportement nettement disharmonieux dans plusieurs secteurs du fonctionnement, ayant eu un parcours professionnel qu'elle a interrompu à cause de douleurs, ayant pu maîtriser des difficultés scolaires, étant parmi les meilleurs élèves à l'Ecole de culture générale et lors de son apprentissage; elle a pu s'investir dans des relations et n'a pas eu de problème avec la justice. Sa consommation sporadique de cannabis a plutôt été une expérience de jeunesse. L'expert estime qu'il est indispensable que l'assuré suive une psychothérapie de manière régulière, à raison d'une heure par semaine, associée à une thérapie médicamenteuse, afin de dédramatiser ses troubles dysfonctionnels, de traiter les crises de panique, de contrôler ses impulsions et reconnaître ses perceptions. Du point de vue psychiatrique, l'assurée est capable de travailler à 100%. Elle se lève à midi, mais elle se couche entre 2h. et 5h. du matin. Elle se promène avec son chien, va au fitness, aux rendez-vous chez son médecin, regarde la télévision et passe du temps à l'ordinateur. Durant l'examen de plus de deux heures, elle n'a montré ni signes d'absence de concentration, ni de thymie inadéquate. Le bien-être subjectif de l'assurée est restreint à cause de ses crises de panique. Elle doit éviter d'effectuer à nouveau un travail dans l'expérimentation animale, qui risque de causer une décompensation psychotique légère. L'assurée n'a pas de déficit de la flexibilité cognitive et affective qui restreindrait sa capacité d'exercer une activité similaire à celle exercée en dernier (laborantine dans le cadre d'un projet de recherches en gynécologie). Ainsi, du point de vue psychiatrique, la capacité résiduelle de travail est entière, sauf pour des travaux extrêmement durs émotionnellement. Par décision du 8 juin 2006, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée, qui ne présente aucune atteinte à la santé invalidante. L'assurée a contesté cette décision le 21 juin 2006. Elle indique que l'appréciation des experts est erronée, qu'elle est invalide en raison d'une affection dont elle souffre depuis l'enfance et souhaite dans un premier temps prendre connaissance de l'expertise. Le dossier a été transmis au Dr D\_\_\_\_\_ le 3 juillet 2006 en application de l'art. 47 LPGA. L'assurée a indiqué le 12 juillet 2006 qu'elle entendait se soumettre à une nouvelle expertise et a sollicité un délai d'une année. L'OAI lui a accordé un délai au 25 septembre 2006 pour compléter son opposition, et l'a informée qu'il statuera en l'état du dossier passé ce délai. Par décision sur opposition du 29 septembre 2006, l'OAI a rejeté l'opposition. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 24 juin 2011, en raison de multiples affections traitées par le Dr D\_\_\_\_\_ et par le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre. Elle a annexé des certificats d'arrêt de travail dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011. L'OAI lui a imparté le 28 juin 2011 un délai au 21 juillet 2011 pour produire des certificats médicaux

circonstanciés, IRM ou rapports radiologiques permettant de rendre évidente l'aggravation de son état de santé depuis la décision sur opposition du 29 juin 2006. Le Dr B \_\_\_\_\_ atteste le 14 juillet 2011 que suite à la décision de refus du 29 juin 2006, la patiente a pris en considération l'ensemble des remarques de l'OAI, entreprenant une nouvelle relation thérapeutique spécialisée avec le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre, de manière hebdomadaire de 2007 jusqu'à décembre 2010, avec une chimiothérapie adéquate à l'appui, les entretiens hebdomadaires ayant été interrompus d'un commun accord. Sa situation a pu être améliorée dans le sens où elle a pu exercer des activités professionnelles proposées par l'Hospice général, mais avec un niveau d'absentéisme incompatible avec un emploi rémunéré. Sur le plan personnel, elle a pu maintenir des relations plus harmonieuses. Malgré ces progrès, force est de constater qu'elle ne dispose pas des ressources nécessaires pour pouvoir assumer une activité professionnelle rémunérée et que son statut médical s'est encore aggravé notamment par l'apparition d'un diabète insulino-dépendant. Le médecin confirme le diagnostic d'état borderline tel qu'il apparaît dans l'expertise de l'OAI, affirme que tout a été entrepris pour essayer de réduire les effets de ce diagnostic sans y parvenir, malgré les grands investissements consentis par la patiente. Il ressort d'une attestation de l'Hospice général que l'assurée a suivi un stage au titre de mesure de réinsertion socioprofessionnelle durant la période d'aide de l'Hospice général, en qualité d'aide-infirmière au centre ornithologique. La mesure s'est bien déroulée, l'assurée a apprécié le contact avec les oiseaux. Suite au refus de l'OAI, l'assurée a mis en œuvre des projets afin de retourner dans la vie active, mais les problèmes de santé présents lors de la première demande se sont confirmés, d'autres affections se sont ajoutées, tous ces éléments constituant un frein à la réinsertion professionnelle. Selon l'avis du SMR du 6 septembre 2011, le certificat médical du Dr B \_\_\_\_\_ n'apporte aucun élément nouveau, le diabète n'a pas impliqué de séquelle et, compte tenu de l'expertise de mai 2006, la capacité de travail reste entière, dans toute activité, sans limitation fonctionnelle. L'avis contient les initiales \_\_\_\_\_. Il est paraphé par le Dr F \_\_\_\_\_. Par projet du 28 septembre 2011, l'OAI refuse d'entrer en matière et l'assurée s'y oppose le 12 octobre 2011 sollicitant qu'une expertise psychiatrique soit réalisée avant toute décision. L'OAI rétorque le 18 octobre 2011 qu'il lui appartient d'établir de manière plausible que son invalidité s'est modifiée. Par décision du 7 novembre 2011, l'OAI confirme son projet. Par acte du 6 décembre 2011, l'assurée fait recours contre la décision, sollicite un délai pour compléter son acte, et conclut à l'octroi d'une rente entière, subsidiairement à des mesures de réadaptation professionnelle ou de reclassement avec suite de dépens. Par pli du 9 janvier 2012, l'OAI produit le dossier et conclut au rejet du recours, car l'assurée ne rend pas plausible que l'invalidité s'est modifiée depuis la décision sur opposition du 29 septembre 2006. L'assurée produit le 2 avril 2012 plusieurs avis médicaux et fait valoir que son état de santé somatique et psychique nécessite une nouvelle évaluation, car l'expertise de mai 2006 ne tient pas compte des difficultés rhumatologiques et diabétologiques. Elle conclut à l'audition du Dr G \_\_\_\_\_, du Dr B \_\_\_\_\_, du Dr H \_\_\_\_\_, de la psychologue ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire (psychiatrique-rhumatologique et diabétologique) : a) le Dr I \_\_\_\_\_, gastroentérologue, spécialisé en hépatologies, atteste le 2 décembre 2011 que l'examen de mai 2011 est très rassurant, s'agissant des problèmes intestinaux évoqués et qu'il n'a plus revu la patiente depuis lors. Pour mémoire, il rappelle qu'elle souffre d'un diabète sucré insulino-requérant, d'une hernie discale, d'une maladie de Scheuermann et d'un état dépressif. b) le Dr A \_\_\_\_\_, spécialisé en maladies rhumatismales, atteste le 13 décembre 2011 qu'il a suivi la patiente de septembre 1998 à mai 2008, ne l'a plus revue

depuis lors et ne peut donc pas se prononcer quant à l'évolution des douleurs ostéo-articulaires depuis son rapport de 2006. c) le Dr J \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main, atteste le 2 décembre 2011 qu'il n'a plus revu la patiente depuis mai 2008, suite à l'opération d'un kyste sur le poignet gauche, n'ayant pas d'incidence sur la capacité de travail. d) le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste en endocrinologie et diabétologie, atteste le 6 janvier 2012 que la situation de l'assurée s'est modifiée depuis 2006 par l'apparition d'un diabète de type I, en mai 2010, soit un élément nouveau qui devrait donner droit à une réouverture de son dossier de la part de l'OAI, tout en précisant qu'en général, cette pathologie ne donne pas droit à une rente, mais uniquement à une adaptation du poste de travail, les exigences étant une activité régulière, avec possibilité de manger à heures fixes et possibilité de se faire des contrôles glycémiques. e) le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre, atteste le 13 décembre 2011 qu'il a toujours clairement indiqué à l'assurée qu'il ne dispose d'aucun élément médical psychiatrique objectif permettant de motiver une demande de rente d'invalidité. Par contre, une demande de mesures de réadaptation pourrait être considérée. Il a toujours privilégié la perspective d'envisager une activité à temps partiel et une demande pourrait être adressée à l'OAI afin qu'elle "assure les revenus liés au pourcentage sans activité professionnelle". Le médecin reste à disposition pour un certificat médical plus détaillé. f) le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin-traitant, atteste le 1<sup>er</sup> février 2012 que l'anamnèse, l'examen clinique et les diagnostics formulés dans l'expertise de 2006 sont et restent corrects. Le diagnostic d'état borderline est sérieux et incompatible avec le marché du travail, il est secondaire à des traumatismes de l'enfance et l'assurée n'a pas retrouvé de capacité de gain, tout en suivant les conseils de l'expert de l'OAI. En 2006, elle avait refusé de poursuivre la procédure, ne pouvant être confrontée à son passé. Cette démarche reste anxiogène, mais elle est devenue possible. L'assurée reste dans un état psychique dominé par des angoisses allant jusqu'aux phobies. Les grandes difficultés rencontrées par les différents thérapeutes pour sa prise en charge appuient le diagnostic d'état borderline évoqué par l'expert, cet état étant réputé comme réfractaire à toute prise en charge. g) le Dr H \_\_\_\_\_, psychiatre, atteste le 27 mars 2012 que lui-même et Mme S \_\_\_\_\_, psychologue, ont reçu l'assurée pour la première fois le 28 janvier 2012. Elle a été vue à six reprises depuis lors, afin d'évaluer son état psychique et commencer une psychothérapie. Le rapport contient une anamnèse actuelle, personnelle et un status psychiatrique. Les diagnostics sont une personnalité émotionnellement labile de type borderline (F60.31), un trouble anxieux généralisé (F41.0), un état dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F32.11). S'agissant de l'appréciation du cas, le médecin indique que, compte tenu de l'évolution peu favorable, tant sur le plan physique que psychique, la patiente se révèle incapable depuis plusieurs années d'assumer les contraintes et les exigences d'un travail régulier. Toute confrontation au milieu professionnel l'a rapidement plongée dans des états anxio-dépressifs marqués par des crises clastiques incompatibles avec des relations normales au travail. Une contre-expertise approfondie établie par un psychiatre indépendant pourrait étayer ces conclusions. Les pièces et écritures ont été transmises à l'OAI pour détermination. Par pli du 3 mai 2012, l'OAI rappelle que la question de l'entrée en matière sur une nouvelle demande de prestations doit être tranchée, en cas de recours, en l'état du dossier au moment où la décision a été rendue et transmet un avis du SMR du 30 avril 2012, signé par la Dresse L \_\_\_\_\_. Celle-ci commente les rapports médicaux produits le 2 avril 2012 par l'assurée. Elle relève que la découverte d'un diabète ne constitue pas une aggravation manifeste de l'état de santé pouvant avoir des répercussions durables sur la capacité de

travail. Elle rappelle que pour mettre en place des mesures professionnelles, il faut une atteinte à la santé, qui n'est pas objectivement mentionnée par le Dr E\_\_\_\_\_. Le Dr B\_\_\_\_\_ est d'accord avec les diagnostics posés lors de l'expertise de mai 2006, mais son évaluation de la gravité de l'état borderline est contraire à l'avis du psychiatre-traitant de l'assurée, le Dr E\_\_\_\_\_. Le nouveau psychiatre qui suit l'assurée depuis janvier 2012 retient un épisode dépressif de gravité moyenne, pour lequel les critères ne semblent pas réunis, car la labilité émotionnelle retenue fait partie du trouble borderline ; l'avis du Dr H\_\_\_\_\_ est une interprétation différente d'un même état de faits, et ne relève pas une aggravation objective de l'état de santé. Ainsi, tous les médecins ne font que confirmer ce que le SMR avait déjà indiqué, sauf le Dr H\_\_\_\_\_, qui contraste fortement avec l'avis de ses confrères, de sorte que les conclusions de l'avis du SMR du 6 septembre 2011 sont toujours valables. La cause a été gardée à juger le 7 mai 2012. 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. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1 er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4 ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5 ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le refus d'entrer en matière de l'OAI. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré. a) Selon l'art. 17 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 (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendait son octroi changent notablement (al. 2). Selon l'art. 87 RAI, la révision a lieu d'office lorsqu'en prévision d'une modification importante possible du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité, un terme a été fixé au moment de l'octroi de la rente ou de l'allocation pour impotent, ou lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou du besoin de soins découlant de l'invalidité (al. 2). 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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 3). Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 3 sont remplies (al. 4). Selon l'art. 88a RAI, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). Selon l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet, au plus tôt: a. si la révision est demandée par l'assuré, dès le mois où cette demande est présentée; b. si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel on l'avait prévue; c. s'il est constaté que la décision de l'office AI désavantageant l'assuré était manifestement erronée, dès le mois où ce vice a été découvert (al. 1). La diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet: a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (al. 2). b) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent - ou encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119) - a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. 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 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p.

198) (ATF du 22 octobre 2009 9C\_67/2009 ). 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). d) Il ne s'agit pas, dans le contexte d'une nouvelle demande, d'un renversement du fardeau de la preuve, puisqu'il suffit que l'assuré rende plausible, par exemple, l'aggravation de son état de santé. La notion de caractère plausible ne renvoie pas à celle de la vraisemblance prépondérante; les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites. En effet, les indices d'une modification suffisent (lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas d'établir), mais doivent cependant être allégués par l'assuré afin d'éviter que l'administration soit tenue de se saisir à nouveau de demandes réitérées ayant le même objet et qui ne sont pas plus étayées (voir Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 394 et 396; ATF du 24 novembre 2009 9C 643/2009; ATF du 4 octobre 2005 I 454 /2004). a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, la décision du 7 novembre 2011 est un refus d'entrer en matière et non pas un refus de prestations. Le pouvoir d'examen de la Cour est limité par l'objet du litige - la non-entrée en matière - de sorte que, dans l'hypothèse où cette décision serait mal fondée, la Cour ne pourrait ni ordonner une expertise, ni octroyer une rente, mais seulement annuler la décision de refus d'entrée en matière et renvoyer la cause à l'OAI pour instruction sur le fond. L'assurée a déposé une nouvelle demande le 24 juin 2011 et, dans le délai fixé pour rendre plausible l'aggravation de son état de santé, elle a produit une attestation du Dr B\_\_\_\_\_. Mis à part l'apparition d'un diabète, dont le médecin-traitant n'indique pas qu'il aurait une influence sur la capacité de travail, ce rapport médical ne fait état d'aucune aggravation de l'état de santé, mais relève que, malgré un suivi adéquat préconisé par l'expert mandaté en 2006, le pronostic favorable de celui-ci ne s'est pas confirmé. Ce faisant, le médecin-traitant fait en réalité valoir que les conclusions de cet expert quant à la capacité de travail de sa patiente étaient mal fondées. D'ailleurs, l'assurée s'était opposée à la décision de refus de l'OAI du 8 juin 2006 en contestant l'appréciation de l'expert et elle aurait alors dû recourir contre la décision sur opposition de l'OAI du 29 septembre 2006 et solliciter, dans ce cadre-là, une expertise judiciaire. Son refus de poursuivre la procédure à cette époque, une confrontation au passé étant source d'angoisse, ne constitue pas un empêchement d'agir au sens de la loi, ce d'autant moins que l'OAI avait transmis le dossier au Dr B\_\_\_\_\_. Force est donc de constater qu'en novembre 2011, l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé ou de son invalidité. Ainsi, conformément à la loi et à la jurisprudence constante du Tribunal Fédéral, l'OAI était fondé à refuser en novembre 2011 d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations du 24 juin 2011. S'agissant des rapports médicaux produits ultérieurement, il y a lieu de relever ce qui suit. Aucune aggravation d'un trouble rhumatologique n'est mentionnée. Le diabète apparu en 2010 est certes une nouvelle atteinte à la santé qui pourrait justifier une entrée en matière, mais le Dr G\_\_\_\_\_ atteste que cette maladie est sans effet sur la capacité de travail de l'assurée, pour autant que l'activité professionnelle permette de manger à heures fixes et de faire des contrôles glycémiques, ce qui est à l'évidence le cas dans une activité de laborantine. Le kyste au poignet a été opéré et il est sans incidence sur la capacité de travail selon le Dr J\_\_\_\_\_. Le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre qui a suivi l'assurée de 2007 à 2011, ne mentionne aucune aggravation de l'état de santé et estime qu'aucun élément objectif ne justifie l'octroi d'une rente, tout en préconisant un emploi limité à un temps partiel. Le Dr B\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause

les diagnostics retenus par l'expert en 2006, mais fait valoir qu'ils sont incompatibles avec le marché du travail. Le Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre, retient un diagnostic supplémentaire d'état dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sur la base de 6 entretiens avec lui et une psychologue, sur deux mois. Il conclut toutefois que l'assurée est incapable de travailler depuis plusieurs années, toute tentative de reprise ayant conduit à une crise clastique. L'avis des Dr B\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, qui sont seuls à retenir l'existence d'une affection invalidante (sous réserve de l'avis du Dr E\_\_\_\_\_, qui est peu clair à cet égard), consiste en fait à affirmer que l'assurée est incapable de travailler depuis plusieurs années, en raison d'un trouble borderline et d'un possible trouble dépressif, sans changement malgré un suivi psychiatrique durant 4 ans et avec des échecs lors des tentatives de reprise d'une activité légère. Sous réserve de l'apparition d'un trouble dépressif, postérieurement à 2006, ces médecins ne font donc pas état d'une aggravation de l'état de santé et/ou d'une diminution de la capacité de travail de l'assurée, qui justifierait d'entrer en matière sur une nouvelle demande, mais contestent l'évaluation faite par l'expert en 2006 et ayant fondé la décision de refus initiale. Or, cette décision est entrée en force, faute de recours et c'est en 2006 qu'il aurait fallu faire valoir l'argument que l'envoi du dossier au médecin traitant en application de l'art. 47 LPGA était un indice de la gravité de l'atteinte psychiatrique. Au demeurant, l'assurée n'allègue pas que sa demande de juin 2011 serait une demande de révision ou de reconsidération fondée sur l'art. 53 LPGA. Ainsi, outre que ces rapports médicaux sont postérieurs à la décision de refus d'entrer en matière du 7 novembre 2011, ils ne rendent pas non plus plausible, en mai 2012, une aggravation de l'état de santé de la recourante. En conséquence, c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 7 novembre 2011, sur la base des renseignements médicaux en sa possession lors de la prise de décision. Pour le surplus, si l'assurée s'estime fondée à faire valoir que la dépression mentionnée par le Dr H\_\_\_\_\_ en avril 2012 pour la première fois, constitue une aggravation de son état de santé, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande en prenant la peine de produire tout de suite un rapport médical circonstancié. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> 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 Irène 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