

## **GE\_GERICHTE A/417/2007 vom 8. November 2007**

GE Cour de justice, 2007-11-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_417\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_417_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/417/2007 du 8 novembre 2007

IT: GE\_GERICHTE A/417/2007 del 8 novembre 2007

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 08.11.2007  
A/417/2007

A/417/2007 ATAS/1238/2007 du 08.11.2007 ( AI ) , ADMIS Recours TF déposé le 02.01.2008, rendu le 24.07.2008, IRRECEVABLE, 9C\_898/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/417/2007 ATAS/1238/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 3 du 8 novembre 2007 En la cause Madame K\_\_\_\_\_, domiciliée , GENEVE recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame K\_\_\_\_\_, née le 1959, a déposé en date du 25 janvier 1995 une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI). Dans un rapport daté du 17 mai 1995, le Dr A\_\_\_\_\_, de la permanence de Vermont, a attesté d'une totale incapacité de travail à compter du 3 janvier 1994. Il a posé les diagnostics suivants : dégénérescence discale L4-L5, L5-S1, hernie discale L4-L5, L5-S1, hernie discale L4-L5, hernie discale L5-S1 appuyant en partie sur le sac dural et l'émergence de la racine S1 et trouble somatoforme indifférencié, migraines, estomac fortement spastique, état après gastrite, kyste arachnoïdien localisé dans la région rétrocrébelleuse, probable ancien infarctus, syndrome fibromyalgique, contexte social conflictuel, attaques de panique. Le médecin a indiqué que sa patiente se plaignait de migraines de l'hémivisage fronto-occipital gauche, de dorso-lombalgies, de douleurs aux flancs, d'épigastalgies, de nausées, de pertes de mémoire, d'angoisses et d'attaques de panique, étant précisé que ces dernières avaient diminué depuis l'instauration d'un traitement au Xanax. Le médecin a souligné que, sur ses nombreuses sollicitations, une reprise du travail avait été tentée à plusieurs reprises (pièce 28 OCAI). Le 27 mai 1997, la Dresse. B\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié et conclu à une incapacité totale de travail à compter du 1er octobre 1995. Il ressort de son anamnèse que la patiente a commencé à présenter des symptômes en janvier 1994 sous forme de céphalées, de lombalgies, de paresthésies aux membres inférieurs et de vertiges notamment. Cette symptomatologie mal systématisée a motivé de multiples examens et une expertise chez le Dr C\_\_\_\_\_ qui a proposé une reprise du travail partielle en septembre 1994. Au premier jour de la reprise la patiente a fait une attaque de panique sur son lieu de travail. Deux mois plus tard, son état a fait l'objet d'une évaluation par un psychiatre de la consultation des institutions universitaires de psychiatrie (IUPG) qui a conclu à la présence d'un trouble somatoforme indifférencié. Ce diagnostic a été confirmé à l'occasion d'une seconde évaluation psychiatrique effectuée en juillet 1995. Depuis octobre 1995, la patiente a été suivie à la consultation des IUPG. Les médecins ont pu assister à une amélioration temporaire de la symptomatologie. Cependant, en octobre 1996, les plaintes somatiques multiples associées à une perte d'élan vital ont réapparu. A aucun moment, il n'a été

possible d'envisager une reprise du travail, la patiente éprouvant, outre les symptômes précédemment cités, des troubles de l'attention et de la concentration incompatibles avec une activité professionnelle. De façon générale, elle se plaignait de douleurs dorsales diffuses, de douleurs dans les membres inférieurs et supérieurs, de céphalées fréquentes et irrégulières, de douleurs gastriques, de perte d'appétit, de fatigabilité et de tristesse liée aux douleurs (pièce 36 OCAI). Le Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a rédigé en date du 1<sup>er</sup> juillet 1997 une expertise à l'attention de l'OCAI. Le médecin a souligné qu'il avait déjà rendu un rapport d'expertise concernant cette patiente à l'assurance perte de gain. Il a pu constater qu'entre sa première expertise et la seconde les problèmes étaient restés strictement les mêmes. Selon le médecin, la situation est stationnaire depuis le 3 janvier 1994, date à laquelle la patiente fait remonter ses premières douleurs. Le Dr C \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants : apathie, fibromyalgie, lombalgies sur troubles dégénératifs. Il a constaté que la patiente était très apathique, se déplaçait avec lenteur, qu'il n'y avait ni atrophie musculaire ni aucun signe neurologique objectif, ce qui a été confirmé par l'absence d'éléments déficitaires à l'électromyogramme. L'IRM cérébrale a mis en évidence un kyste arachnoïdien qui a été jugé sans rapport avec la symptomatologie de la patiente par la policlinique de neurochirurgie. Une consultation de psychiatrie a fait mention d'attaques de panique mais une évaluation faite par les IUPG en décembre 1994 a permis de conclure à l'absence d'arguments pour une dépression. Le médecin a estimé que le problème principal présenté par l'assurée était lié à la langue et à son insertion sociale. Selon lui, les dorso-lombalgies sur trouble dégénératif ne dominent pas du tout le tableau et devant l'absence de déficit objectif, ce diagnostic ne pouvait être retenu pour justifier une incapacité de travail à 100%, alors que la fibromyalgie pouvait justifier une totale incapacité de travail chez la patiente. Quant aux céphalées et à l'état dépressivo-anxieux, le médecin a relevé que lors des consultations psychiatriques, il n'avait pas été mis en avant, et avait même été exclu lors d'une consultation le 6 décembre 1994. En conclusion, le Dr C \_\_\_\_\_ a estimé que le seul élément responsable de l'incapacité de travail était la fibromyalgie. Les données extérieures aux données objectives enregistrées par les différents examens effectués permettaient selon lui de penser que cette fibromyalgie était associée à une sinistrose et que le tout constituait une démarche visant à une indemnisation (pièce 37 OCAI). Par décision de 20 janvier 1998, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1995. Une procédure de révision a été ouverte en date du 16 février 1999 (pièce 46 OCAI). Le Dr A \_\_\_\_\_ ayant indiqué, dans un bref rapport daté du 27 mars 1999, que l'état de sa patiente était stationnaire, l'OCAI, par décision du 1<sup>er</sup> novembre 1999, a reconnu à l'assurée un degré d'invalidité de 100%. Une seconde procédure de révision a été entamée le 29 août 2001 (pièce 56). Cette fois encore, le Dr A \_\_\_\_\_, dans un rapport daté du 21 novembre 2001, a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire, mais il a souligné qu'en plus des diagnostics connus, les examens avaient révélé une collection liquidienne dans la loge de la résection vésiculaire (pièce 58 OCAI). Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2002, l'OCAI a confirmé le degré d'invalidité de 100% reconnu à l'assurée. Une nouvelle fois interrogé en 2004, le Dr A \_\_\_\_\_, dans un rapport daté du 10 décembre 2004, a confirmé à l'OCAI que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il a signalé que cette dernière avait subi une cholécystectomie en avril 1997 et qu'un kyste ovarien droit avait été diagnostiqué. Malgré l'intervention chirurgicale pratiquée, les plaintes abdominales étaient restées identiques. Le médecin a ajouté que la patiente présentait un faciès dépressif mais qu'elle ne consultait plus de psychiatre depuis plusieurs années. Il a émis l'opinion que son état dépressif pourrait avoir

une grande importance sur sa capacité de travail et qu'elle était polyplaintive, ce qui ressemblait à un syndrome fibromyalgique. Le médecin a indiqué par ailleurs qu'il n'avait pas constaté d'évolution remarquable dans l'état de santé de sa patiente (pièce 67 OCAI). L'Office de l'assurance-invalidité du Jura - auquel l'instruction du dossier avait été confiée - a relevé qu'en présence d'une fibromyalgie, il convenait d'examiner la question de savoir si on pouvait lui reconnaître ou non un caractère invalidant . Il a donc décidé de mettre sur pied une expertise multidisciplinaire dont il a confié le mandat au Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Le COMAI a rendu son rapport le 31 mai 2005 (pièce 75 OCAI). L'expertise a été pratiquée par le Dr. D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et par le Dr P. ROSSATTI, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Les médecins ont indiqué que la patiente se plaignait principalement de douleurs de l'hémicorps gauche la gênant constamment durant la journée mais également présentes la nuit et la réveillant fréquemment. Ils ont rapporté que l'assurée se disait incapable de marcher plus de cinq à dix minutes en raison des ses douleurs lombaires et dans le membre inférieur gauche, de rester assise plus d'une demi-heure en raison de ses pseudo-lombo-sciatalgies gauches et de conserver la même position couchée longtemps. Les experts ont examiné l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier de l'assurée. Au terme d'un rapport très fouillé, ils ont souligné que, sur le plan psychique, l'assurée affirmait ne pas rencontrer de problèmes, qualifiait son moral de bon en général, indiquait ne souffrir ni d'angoisses ni d'idéations suicidaires ni d'irritabilité mais reconnaissait toutefois avoir une tendance aux ruminations. Sur le plan somatique, les médecins ont estimé qu'il n'y avait pas d'élément nouveau. Au terme de leur examen, ils ont retenu les diagnostics de fibromyalgie - dont ils ont souligné qu'il était équivalent à celui de polyinsertionnisme posé en 1994 - de gonarthrose débutante, d'obésité, de kyste arachnoïdien, status après cholécystectomie, et d'ulcère bulbaire en précisant qu'ils n'influençaient pas la capacité de travail. Sur le plan psychique, les médecins ont retenu que la personnalité de la patiente était compensée et qu'il n'y avait aucune psychopathologie particulière à retenir. Ils n'ont relevé aucune désinsertion sociale et ont estimé que la capacité de travail devait être reconnue comme complète en l'absence de toute pathologie atteignant un seuil de maladie. En conclusion, les médecins ont estimé que l'atteinte à la santé consistait principalement en une fibromyalgie s'intégrant dans le cadre d'un trouble somatoforme douloureux avec absence de toute comorbidité psychiatrique ou de toute autre pathologie somatique persistante et pénible. Les médecins ont précisé que l'histoire médicale telle que décrite dans le dossier montrait que le diagnostic de trouble somatoforme était déjà perceptible par le passé mais qu'il y avait eu certainement chez la patiente des traits de caractère hystérique qui avaient pu induire leurs confrères en erreur. Ils ont estimé qu'il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail, ni sur le plan somatique ni sur le plan psychique. Selon eux, il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, ni sur le plan psychique, ni sur le plan social, ni sur le plan physique, étant précisé que les personnes souffrant de fibromyalgie décrivent parfois des limitations subjectives importantes sans rapport avec ce qu'elles peuvent réellement réaliser. Dans le cas de l'assurée, les experts ont jugé qu'il n'y avait pas de limitation objective à son activité d'ouvrière en fabrique et ils ont manifesté leur désaccord avec l'appréciation antérieure ayant abouti à l'octroi d'une rente entière en 1995. Selon eux, à cette époque déjà, l'assurée n'était pas limitée dans sa capacité de travail et son taux de capacité de travail était resté subjectivement identique. Suite à cette expertise, par décision du 29 août 2005, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité allouée à l'assurée avec effet à la fin du mois suivant la date de la décision. Sur opposition, l'OCAI, par décision du

16 février 2006 (pièce 6 OCAI) s'est référé à la jurisprudence selon laquelle la rente d'invalidité peut être révisée non seulement en cas de changement important de l'état de santé mais également lorsque les effets sur la capacité de gain ont subi un changement important alors que l'état de santé est en soi resté le même. Se basant sur l'expertise du COMAI, il a conclu à l'absence d'éléments psychopathologiques ayant valeur d'invalidité et a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Aucun recours n'ayant été interjeté par cette dernière, cette décision est entrée en force. Le 23 mai 2006, le Dr A\_\_\_\_\_ a fait parvenir à l'OCAI un courrier que lui avait adressé en date du 28 avril 2006, le Dr E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier y indiquait suivre la patiente depuis le 27 mars 2006 pour des affections psychiatriques. Selon lui, la décision de l'OCAI de supprimer la rente de l'assurée avait provoqué une rechute chez cette dernière, qui présentait des symptômes anxio-dépressifs (humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, ralentissement psychomoteur, plaintes physiques multiples et variables). Le médecin posait le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) et de syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4). Le Dr E\_\_\_\_\_ affirmait que la décision de suppression de rente avait aggravé l'état de la patiente et qu'une nouvelle demande de rente est justifiée (pièce 9 OCAI). L'OCAI a considéré cet envoi comme une nouvelle demande. Par courrier du 30 mai 2006, il a expliqué à l'assurée que la décision sur opposition du 16 février 2006 n'ayant pas été contestée, elle était entrée en force de sorte que sa demande du 23 mai 2006 devrait être considérée comme une nouvelle demande. Il a attiré son attention sur le fait que si elle ne pouvait alléguer de faits nouveaux concernant son droit éventuel à une rente pour la période postérieure au 16 février 2006, pouvant motiver une réouverture de l'instruction, il ne pourrait vraisemblablement pas entrer en matière. L'OCAI a imparti à l'assurée un délai au 16 juin 2006 pour faire valoir par écrit d'éventuels faits nouveaux et produire les moyens de preuve y relatifs (pièce 10 OCAI). Par courrier du 10 juin 2006, l'assurée a indiqué à l'OCAI que son état de santé n'avait pas changé, qu'au contraire, il ne faisait que s'aggraver. Elle s'est plainte de douleurs dorsales, de maux de tête, d'inflammations des jambes et du ventre. Elle a allégué souffrir de problèmes de sommeil et avoir de la difficulté à marcher et a finalement demandé à l'OCAI de bien vouloir réexaminer son dossier (pièce 12 OCAI). Par courrier du même jour, le Dr E\_\_\_\_\_, a demandé à l'OCAI que lui soit adressé un formulaire psychiatrique de demande pour l'AI à son sujet, alléguant que sa patiente était totalement incapable de travailler du point de vue psychiatrique. Dans une brève note datée du 13 novembre 2006, le Dr. F\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional (SMR), interrogé sur la suite à donner au dossier, a brièvement indiqué que puisque le médecin traitant indiquait clairement que la rechute était secondaire à la décision négative de l'office, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière car cela n'avait "pas valeur de maladie pour l'AI" (pièce 90 OCAI). Par décision du 2 janvier 2007, l'OCAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée. Il a rappelé que son droit à une rente avait été nié par décision du 16 février 2006 et qu'un nouvel examen ne pouvait être envisagé que s'il était rendu plausible que son état de santé s'était modifié après cette date de manière à influencer son droit aux prestations. L'OCAI a considéré que l'aggravation mentionnée par le psychiatre traitant de l'assurée n'avait pas valeur de maladie pour l'assurance-invalidité et a refusé d'entrer en matière. Par courrier du 5 février 2007, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant souffrir de façon chronique. Elle rappelle avoir formé opposition

à la décision de l'OCAI du 25 août 2005. Elle invoque le certificat du Dr E \_\_\_\_\_ du 28 avril 2006 et conclut à l'annulation de la décision de l'OCAI du 2 janvier 2007. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 19 mars 2007, a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon la jurisprudence, l'office AI est en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible des nouvelles allégations d'un assuré que le laps de temps qui s'est écoulé entre la dernière décision est bref. L'intimé fait remarquer que la décision sur opposition par laquelle le droit à la rente a été supprimé date du 16 février 2006 alors que la nouvelle demande remonte au 28 avril 2006, soit à peine deux mois plus tard. Il ajoute que le Dr E \_\_\_\_\_ ne motive aucunement l'éventuelle détérioration de l'état de santé de sa patiente, notamment sur le plan psychique. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA). La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, étant donné que la nouvelle demande de prestations a été déposée en avril 2006, le présent recours concerne le droit à des prestations postérieures à l'entrée en vigueur de la LPGA. En conséquence, sur le plan matériel, cette dernière s'applique au présent litige (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 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). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations présentée par l'assurée en avril 2006. a) 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 l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références). b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle

demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procéder de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA. Si elle arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b). En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière au motif que l'assurée n'a pas rendu plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Le Tribunal de céans est par conséquent autorisé à examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière. Il convient donc d'examiner si la demande de prestations satisfaisait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante des faits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). 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 66 consid. 2, et 77 consid. 3.2.3 relatif à l'étendue de l'analogie entre la révision de la rente et la nouvelle demande par rapport aux bases de comparaison dans le temps). L'exigence sur le caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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 et la référence sous note n° 27). En l'espèce, il est vrai que seulement deux mois se sont écoulés entre la décision litigieuse et la nouvelle demande de la recourante. L'Office était donc en droit de se montrer d'autant plus exigeant pour apprécier le caractère plausible de ses allégations que le laps de temps qui s'était écoulé depuis sa décision antérieure était bref (ATF 109 V 114 consid. 2b; voir aussi ATF 130 V 70 consid. 6.2). Cependant, force est de constater - étant rappelé qu'il n'est nul besoin que la preuve soit pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue - que

le Dr E \_\_\_\_\_, dans son courrier du 28 avril 2006, fait clairement état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Peu importe à cet égard que cette aggravation soit réactionnelle ou non à la décision de suppression de la rente comme semble le penser le Dr F \_\_\_\_\_. Seule importe la question de savoir si cette aggravation médicalement attestée est susceptible d'influencer le droit aux prestations de la recourante. Or, tel est le cas : l'ensemble des éléments mentionnés par le Dr E \_\_\_\_\_ (humeur déprimée, perte d'intérêt et de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime de soi, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, ralentissement psychomoteur, plaintes physiques multiples et variables) sont suffisants pour admettre que la recourante a rendu plausible une aggravation de sa santé psychique susceptible d'influer sur son droit aux prestations. Autre est la question de savoir si cette aggravation a effectivement entraîné une modification de ses droits. Il apparaît que l'intimé aurait donc dû entrer en matière et donner suite à la demande du Dr E \_\_\_\_\_ de pouvoir remplir un formulaire de demande de rente pour problèmes psychiques en bonne et due forme lui permettant d'examiner la nouvelle demande au fond. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est admis et la cause renvoyée à l'intimé afin que ce dernier, après être entré en matière, se détermine sur l'éventuelle incidence de l'aggravation médicalement attestée sur le droit aux prestations de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier d'entrer en matière et d'examiner s'il y a effectivement eu changement de circonstances propre à ouvrir droit à l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité et nouvelle décision. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Janine BOFFI La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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