

GE_GERICHTE A/435/2017 vom 29. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_435_2017

FR: GE_GERICHTE A/435/2017 du 29 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE A/435/2017 del 29 gennaio 2018

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au LIGNON, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1962, mariée, originaire du Kosovo, est domiciliée à Genève au bénéfice d'un permis d'établissement C; elle est entrée en Suisse le 25 février 1995. Elle est mère de 5 enfants tous majeurs et de nationalité suisse, tous domiciliés à Genève. Le cadet, né en 1996, vit au domicile de ses parents. L'assurée a présenté une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) le 4 juin 2004. Cette demande a été déposée en raison d'une atteinte à la santé causée par la maladie : périarthrite huméro-scapulaire, état dépressif et lombalgies, depuis 2003. Son dernier emploi avait été celui de femme de chambre à 50 % auprès de l'Hôtel B_____, du 1^{er} mai 2000 au 31 août 2003, l'employeur ayant résilié le contrat de travail en raison d'une longue absence pour maladie, le dernier jour de travail effectif remontant au 18 avril 2003.

2. Dans un rapport du 10 septembre 2004, son médecin traitant, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, retenait les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de: suspicion de fibromyalgie depuis 2003, tendinopathie de la coiffe des rotateurs sur le long chef du biceps avec conflit sous-acromial à droite; épicondylite du coude droit. Trouble somatoforme douloureux depuis 2003. Comme diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail il retenait la colique néphrétique récidivante depuis 2003. La patiente était traitée par ses soins depuis mai 2003 pour des douleurs lombaires ainsi que pour des problèmes au niveau des reins, qui avaient pu être mis sur le compte de la colique néphrétique. Par la suite elle s'était plainte d'une multitude de douleurs dont des lombalgies chroniques, des douleurs au niveau de l'épaule droite mises sur le compte d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs avec prédominance sur le long chef du biceps avec conflit sous-acromial. Parallèlement, suite à un accident de travail de son mari avec traumatisme maxillo-facial menant à une invalidité, la patiente avait développé un grave état dépressif. La patiente travaillait en tant que laborantine dans son pays d'origine et en tant que femme de chambre en Suisse. À l'époque il indiquait que ce dernier emploi ne semblait plus possible, mais évoquait la possibilité d'une réintégration professionnelle.

3. Par avis médical du 28 janvier 2008, le SMR (Dr D_____) relevait que lors de l'entretien avec le service de réadaptation de l'OAI, il s'avérait que l'assurée ne souhaite plus travailler. Elle allait donc forcément chercher tous les arguments possibles pour démontrer son « incapacité ». Le psychiatre traitant, (la doctoresse E_____, FMH en psychiatrie et psychothérapie) indiquait sans ambages qu'il y avait de la part de l'assurée, en particulier à cause de son contexte social, une « tendance au surenchérissement », ce qui voulait dire en clair une majoration des symptômes. Dans son

rapport du 20/12/2007 (point 6), cette psychiatre concluait que la capacité de travail était de 100 % sur le plan psychiatrique. Le SMR observait encore qu'en raison de l'atteinte de l'épaule droite, il fallait prévoir un travail qui épargne cette articulation, et éviter le port de lourdes charges (lombalgies). Compte tenu du comportement de l'assurée, il était inutile de prévoir un stage, même d'observation, ou une autre mesure. 4. Par décision du 8 avril 2008, après audition, l'OAI avait refusé tout reclassement et rente d'invalidité. Des renseignements recueillis lors de l'instruction de la demande, il résultait que l'atteinte à la santé avait entraîné une incapacité de travail totale dans son activité professionnelle de femme de chambre dès le 24 avril 2003. Toutefois dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles la capacité de travail restait entière. Ainsi, malgré ses problèmes de santé, elle serait en mesure de percevoir un revenu annuel de CHF 41'297.-. Ce revenu était établi sur la base des données salariales (ESS), tableau TA1, relatif à l'année 2004, toutes activités confondues dans le secteur privé, pour des travaux simples et répétitifs (niveau 4). L'office avait encore appliqué un abattement supplémentaire de 15 %, compte tenu de ses limitations et que seule une activité légère était encore possible.

Comparé au revenu qu'elle aurait pu percevoir dans sa dernière activité de femme de chambre à plein temps, soit CHF 46'800.-, il déterminait une incapacité de gain de CHF 5'503.-, soit un degré d'invalidité de 12 %. Cette décision est entrée en force. 5.

En date du 27 septembre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI auprès de l'OAI. L'incapacité de travail datait de mars 2016, et était toujours en cours, à 100 %. Elle exerçait en dernier lieu, depuis 2012, l'activité de nettoyeuse à un taux d'environ 80 % auprès de la société F _____ Suisse. Elle était toujours suivie par le Dr C _____. Dans la rubrique relative aux données sur l'atteinte à la santé, elle indiquait : « voir avec médecin », sans autre précision sur les raisons de santé qui motivaient cette demande. 6.

Par courrier du 5 octobre 2016 à l'assurée, l'OAI a accusé réception de la demande, indiquant qu'il considérait celle-ci comme une nouvelle demande au sens de l'art. 17 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) et de l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201). Il ressortait de l'examen du dossier que le droit aux prestations sollicitées avait déjà fait l'objet d'une décision en date du 8 avril "2016"(recte: 2008), entrée en force. Cette demande ne pouvait être examinée, en application de l'article précité que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assurée s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Ainsi il lui appartenait de faire parvenir à l'office tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. Il lui était imparti un délai de 30 jours pour ce faire. En l'absence de réponse à l'échéance de ce délai l'OAI serait contraint de ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. 7.

Par projet de décision du 9 novembre 2016, l'OAI a indiqué préalablement à l'assurée qu'avant de notifier la décision munie des moyens de droit, la possibilité lui était donnée d'apporter à l'office dans les 30 jours, par écrit, ou oralement dans le cadre d'une entrevue sur rendez-vous, ses objections fondées à l'encontre des présentes conclusions ou de demander des renseignements complémentaires à ce sujet. Après écoulement du délai de 30 jours, non prolongeable, une décision sujette à recours lui serait notifiée. Suite au courrier du 5 octobre 2016, l'assurée n'avait pas fait parvenir à l'OAI les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé de sorte qu'en conclusion faute d'avoir pu rendre vraisemblable que les conditions de santé s'étaient modifiées de manière essentielle

depuis la dernière décision, l'office ne pouvait pas entrer en matière.![endif]>![if> 8. Par décision recommandée et sous pli simple du 4 janvier 2017, l'OAI - constatant l'absence de contestation de la part de l'assurée dans le délai fixé -, partait de l'idée que l'assurée était d'accord avec le contenu du projet de décision dont les termes ont été repris intégralement. L'OAI a donc refusé d'entrer en matière. ![endif]>![if> 9. Par courrier du 1^{er} février 2017 reçu par l'OAI le 2 février, l'assurée a formé opposition à la décision de refus d'entrer en matière du 4 janvier 2017. Elle avait consulté le docteur G_____, rhumatologue FMH, en date du 31 janvier 2017, et avait prévu un rendez-vous pour une consultation avec le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecins qui ne manqueraient pas d'adresser à l'OAI les résultats de leurs analyses. En quelques lignes, les problèmes auxquels elle était confrontée étaient les suivants : elle a une déchirure aux deux épaules, et les médecins sont formels sur le fait qu'elle ne peut plus se permettre de travailler en raison de son âge et de ses problèmes de santé. De plus, le SPC refuse d'entrer en matière pour cause de gain potentiel, et elle est en arrêt maladie, ce qui l'empêche de travailler. Le SPC refuse formellement de supprimer le gain hypothétique et l'invite à se tourner vers l'OAI. Elle concluait en demandant la réévaluation de son dossier avec l'invitation à l'office de prendre contact avec les médecins.![endif]>![if> 10. Ce courrier a été transmis à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, pour raison de compétence, le 7 février 2017.![endif]>![if> 11. Un délai a été fixé au 9 mars 2017 à l'intimé pour ses observations.![endif]>![if> 12. Par courrier du 6 mars 2017, la recourante s'est adressée à la chambre de céans, sollicitant un délai de 2 semaines, le temps de pouvoir mandater un avocat. Elle avait besoin d'aide pour lire les documents en français car elle ne comprenait pas tout.![endif]>![if> 13. L'intimé s'est déterminé par courrier du 28 février 2017. Il a conclu au rejet du recours. Jamais la recourante n'avait produit le moindre rapport médical susceptible d'étayer une aggravation de son état de santé, étant précisé que même sa demande ne contenait aucune motivation. Ce n'était qu'en procédure de recours qu'elle avait fait état de problèmes médicaux (déchirure à l'épaule gauche et droite), sans pour autant fournir le moindre élément objectif à l'appui de ses allégations. En l'occurrence il convenait d'admettre que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. En effet, aucune pièce n'avait été produite en procédure administrative, justifiant la reprise de l'instruction du dossier. Conformément à la jurisprudence dans ce type de procédure il n'appartient ni à l'office AI ni au tribunal d'instruire le cas sur le fond.![endif]>![if> 14. Par courrier du 10 mars 2017, la chambre de céans a communiqué la réponse de l'intimé à la recourante, lui fixant un délai au 17 avril 2017 pour venir consulter les pièces du dossier, en vue d'une audience de comparution personnelle fixée au 24 avril 2017.![endif]>![if> 15. Par courrier du 21 mars 2017, Me Marie-Josée COSTA s'est constituée pour la recourante, sollicitant un délai pour formuler des observations écrites suite à la réponse de l'OAI.![endif]>![if> 16. Par courrier du 23 mars 2017, la chambre de céans a indiqué à la recourante qu'elle pouvait, si elle le jugeait utile et dans le délai qui lui avait été imparti au 17 avril, produire des pièces complémentaires de manière à ce que, le cas échéant, l'intimé puisse en prendre connaissance avant l'audience. Elle pourrait formuler des observations écrites lors d'un deuxième échange d'écritures après comparution personnelle des parties.![endif]>![if> 17. En annexe à un courrier du 13 avril 2017, la recourante a produit, par l'intermédiaire de son conseil, un chargé de 6 pièces soit :![endif]>![if> 1. rapport d'imagerie (Dr I_____, spécialiste FMH en radiologie), concernant une radiographie du thorax de face-profil du 28/09/2016;![endif]>![if> 2. rapport d'imagerie (Dr I_____), concernant une

radiographie du bassin debout, des hanches de face, en incidence de Lauenstein du 3/11/2016; [endif]>[if> 3. rapport du docteur G_____, rhumatologue FMH, du 2 février 2017, adressé au médecin traitant (Dr C_____); [endif]>[if> 4. rapport du docteur J_____, ophtalmologue FMH, du 22 février 2017 au médecin traitant; [endif]>[if> 5. certificat médical du 11 avril 2017 du docteur K_____, spécialiste en médecine interne générale, qui atteste avoir reçu en consultation le 5 avril 2017 la patiente susnommée pour un bilan clinique; [endif]>[if> 6. rapport médical intermédiaire du même médecin du 11/04/2017 à l'intention de AXA/Winterthur assureur indemnités journalières en charge du sinistre IT du 30 mars 2016; [endif]>[if> 18. La chambre des assurances sociales a entendu les parties en comparution personnelle le 24 avril 2017, en présence d'un interprète qui a été libéré en cours d'audience, avec l'accord de la recourante et son conseil, chacun ayant pu constater que l'intéressée était à même de s'exprimer, et de comprendre ce qui lui est dit, en français:[endif]>[if> La recourante a déclaré : « J'ai déposé la nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI le 27 septembre 2016, parce que le Dr C_____ me l'a demandé. Je ne me souviens pas si c'est ma fille ou le Dr C_____ qui m'a remis le questionnaire, mais je l'ai rempli avec ma fille. Je confirme que j'ai travaillé auprès de la société F_____ Suisse depuis décembre 2012 comme nettoyeuse à 80 %, ceci pendant 4 ans. Pour être plus précise de novembre 2015 à mars 2016 j'ai travaillé à 50 % pour F_____ et 30 % pour L_____ étant précisé que ces deux entreprises n'ont pas de relation l'une avec l'autre. Je confirme avoir demandé des prestations à AXA Winterthur, assurance perte de gain maladie de F_____. J'ai dû produire des certificats de mes médecins, auprès de cette compagnie. AXA m'a versé des prestations et m'en verse d'ailleurs toujours. Je ne sais pas jusqu'à quand mais cela doit être dans les alentours de 24 mois. Pour répondre à une question de mon conseil, je me suis sentie plus mal depuis la fin 2015, car j'ai énormément travaillé, pour pouvoir conserver mon travail et aider ma famille, de sorte que j'ai tenu de cette manière jusqu'en mars 2016. Là, mon médecin m'a ordonné d'arrêter. Pendant toute cette période, je prenais des médicaments forts, du Brufen et du Dafalgan en même temps, ce qui me permettait de m'endormir tout de suite. Après mon arrêt de travail je ne me sentais pas bien. J'ai récemment consulté une psychiatre, à deux reprises seulement, au mois de mars 2017. Il y avait longtemps que je n'étais pas suivie par un psychiatre, soit après la Dresse E_____. La Dresse que j'ai consultée en mars s'appelle la Dresse M_____. La dernière fois que je l'ai vue date d'avant Pâques et je dois la revoir une prochaine fois au mois de mai. Pour répondre à votre question, la fille qui m'aide dans mes démarches n'habite pas avec nous, car j'habite avec mon mari et mon dernier fils qui a 20 ans. Je n'ai pas nécessairement remis les courriers que j'ai reçus à ma fille car je n'étais pas en forme à l'époque. Je dois dire que mon mari a été pendant 6 mois au Kosovo. Pendant ce temps-là, j'ai négligé toutes les questions administratives en raison de mon état de santé. Ce n'est pas seulement par rapport à l'OAI mais aussi par rapport à d'autres administrations ou assurances que je me suis mise en difficulté. Je ne payais plus mes primes d'assurance-maladie, jusqu'au début de cette année. D'ailleurs ma fille a remarqué au dernier moment qu'il y avait un dernier délai de recours contre la décision de l'AI c'est là qu'elle a écrit une lettre pour moi. C'est aussi elle qui s'est occupée du reste, en voyant qu'il n'y avait pas que l'AI. Si je n'avais pas de psychiatre à l'époque j'étais néanmoins suivie par le Dr C_____ et sous somnifères et prenais du Xanax. Pour répondre à votre question mon mari est parti au Kosovo en août 2016. Mais, je dois dire que mon mari ne nous a jamais aidé ni a participé à la vie familiale depuis son accident. (Note du Président : la recourante évoque les difficultés qu'elle a rencontrées depuis de nombreuses années, et

ne peut réprimer des larmes, indiquant que si elle n'avait pas toutes ces douleurs, elle ne serait pas devant la Chambre de céans, et aurait continué à travailler, pour le bien de la famille.) La représentante de l'intimé a indiqué : « Je prends note que la recourante déposera ces jours prochains une nouvelle demande, en remplissant un formulaire complété, sous réserve de la production des documents médicaux qui l'ont déjà été par chargé du 13 avril 2017 que nous considérons ainsi comme avoir déjà reçus. Dès que nous aurons reçu le questionnaire de demande nous examinerons la question de l'entrée en matière, dans le cadre de cette nouvelle demande, étant précisé que nous pourrions rapidement soumettre ces documents médicaux au SMR pour qu'il nous donne son avis. » Le conseil de la recourante a précisé : « Je confirme donc le dépôt imminent de cette nouvelle demande et vous ferai part dans le délai que vous m'impartissez ci-dessous et après avoir renseigné ma cliente, sur le maintien ou non du présent recours. » Sur quoi la chambre de céans a fixé un délai aux parties pour qu'elles la renseignent par rapport à la nouvelle demande que la recourante va déposer sur la base des documents produits sous chargé du 13 avril 2017 et, s'agissant de l'AI pour savoir si elle était entrée en matière sur la nouvelle demande et pour la recourante si elle maintenait ou non son recours. 19. Par courrier du 22 mai 2017, l'avocate de la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'elle avait déposé une nouvelle demande à l'OAI, en date du 28 avril 2017 (justificatifs annexés). Ignorant à ce jour quelle suite éventuelle avait été donnée à sa nouvelle demande, elle a confirmé maintenir le recours de sa mandante. Elle a produit en outre copie d'un courrier que lui avait adressé le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en date du 20 avril 2017, répondant aux questions qu'elle lui avait posées. En substance il explique que la patiente, entre autres troubles, présente des douleurs des deux épaules dans le cadre d'une rupture de la coiffe des rotateurs des deux côtés (ddc). Sa capacité de travail est nulle. Les limitations fonctionnelles de la patiente concernent des mobilités des épaules limitées activement, ce qui restreint l'usage des deux membres supérieurs, notamment dans les mouvements d'élévation et dans toutes activités impliquant l'usage de mouvements répétitifs et l'usage de la force. Il a précisé - pour éviter tout quiproquo - qu'il avait, à la demande de l'avocate, revu cette patiente très récemment (24 février et 10 mars 2017) pour faire un nouveau bilan, composé de radiographies et d'échographies, qui montre qu'il y a une aggravation des lésions tendineuses de la coiffe des rotateurs ddc. Il a enfin relevé que l'état de la patiente évolue progressivement défavorablement depuis le dernier contrôle à sa consultation datant du 10 janvier 2008. 20. Par courrier du 23 mai 2017, l'intimé a indiqué à la chambre de céans que la procédure de recours contre la décision de refus d'entrer en matière du 4 janvier 2017 étant toujours pendante, l'office ne saurait légitimement procéder à des mesures d'instruction dans le cadre de la nouvelle demande de prestations réceptionnée par l'office en date du 2 mai 2017. L'OAI a pris acte du dépôt de la nouvelle demande et les pièces médicales produites, lesquelles feront notamment l'objet d'un examen par le SMR lorsque la procédure en cours sera close. Pour le surplus l'intimée persiste dans ses conclusions en rejet du recours et au maintien de la décision litigieuse. 21. Sur quoi, les parties ont été informées de ce que la cause était gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1 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. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 cum art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.!

3. Le litige se limite au point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la dernière demande de prestations de la recourante.

4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 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 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

C'est à l'aune des mêmes dispositions légales que le Tribunal fédéral a examiné le cas d'un assuré qui avait déposé une nouvelle demande de prestations, alors qu'il avait bénéficié auparavant d'une rente entière de l'assurance-invalidité pour une durée limitée dans le temps (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc 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. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). 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 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).

6. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'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'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés

soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

7. L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 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 où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors 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 les références).

8. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; 109 V 262 consid. 4a).

Enfin, on rappellera que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen est ainsi d'emblée limité au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Il ne sera donc pas tenu compte des rapports produits postérieurement à la décision litigieuse (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; 121 V 366 consid. 1b et les références ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

9. a. En l'espèce, force est de constater que lors du dépôt de sa nouvelle demande, reçue par l'OAI le 27 septembre 2016, la recourante s'est bornée à indiquer que son incapacité de travail actuelle remontait à mars 2016, et n'a donné aucune indication sur le genre d'atteinte à la santé motivant sa démarche, indiquant dans la rubrique concernée : « voir avec médecin ». Dans ces conditions, la chambre de ceans ne peut que constater que cette demande était manifestement insuffisante en regard des principes rappelés ci-dessus, notamment quant aux conditions mentionnées à l'art. 87 al. 2 et RAI et à la jurisprudence y relative, qui rappelle que les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques, l'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré devant permettre à l'administration 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 133 V 108 consid. 5.3.1 et ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

b. Il est établi que, par courrier du 5 octobre 2016, l'OAI a expressément appelé à l'assurée qu'il ne pouvait pas, en l'état de sa demande, apprécier le caractère

plausible de l'aggravation de l'état de santé qu'implique une demande de révision, en lui rappelant les principes légaux, et en lui indiquant de façon précise ce qui était attendu d'elle pour que l'OAI puisse examiner cette nouvelle demande. Son attention a été attirée sur le fait qu'il lui appartenait de faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. L'intimée précisait qu'il serait notamment utile de lui fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolutions, capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles). L'office lui impartissait un délai de 30 jours pour ce faire. Force est de constater qu'elle n'a donné aucune suite à ce courrier. c. Elle n'a pas davantage réagi lorsque l'intimé lui a adressé le projet de décision du 9 novembre 2016, lui donnant encore la possibilité de réagir dans les 30 jours avant que le refus d'entrer en matière annoncé fasse l'objet d'une décision formelle. Une fois encore elle n'a pas réagi ni donné la moindre suite à ce courrier. d. Ce n'est enfin que par son courrier du 1^{er} février 2017 à l'OAI que, faisant opposition à la décision du 4 janvier 2017, - en réalité en recourant contre cette décision – qu'elle s'est enfin manifestée, et qu'elle a pour la première fois évoqué la nature de ses problèmes médicaux, indiquant qu'elle venait de consulter des médecins qui ne manqueraient pas d'adresser (à l'office) les résultats des analyses; elle invitait une fois encore l'autorité à prendre contact avec les médecins, ce qui, dans un tel contexte, compte tenu des principes rappelés précédemment, n'incombe évidemment pas à l'administration, et encore moins à la juridiction saisie d'un recours,. e. Aux alentours du 10 février 2017, la recourante a reçu l'accusé réception et l'avis d'ouverture de la procédure par la chambre de céans et, pour information, copie du courrier par lequel la juridiction fixait un délai (au 9 mars 2017) à l'intimé pour répondre au recours. Croyant que ce délai lui était destiné, elle a toutefois attendu pratiquement jusqu'à son échéance pour demander un délai supplémentaire de deux semaines, "le temps qu'elle puisse mandater un avocat pour son dossier". En réalité, elle avait déjà consulté son avocate, comme cela ressort implicitement du courrier du Dr H_____ du 20 avril 2017 dès lors qu'il y explique avoir revu la patiente, à la demande de l'avocate, la première fois le 24 février 2017. La chambre de céans observe que la recourante n'a pas présenté sa démarche pleinement de bonne foi. f. En définitive, la recourante n'a produit les premiers documents médicaux depuis sa demande de prestations du 27 septembre 2016 que par chargé du 13 avril 2017, soit en cours de procédure de recours, et par conséquent très largement après la décision entreprise, ceux-ci, hormis deux rapports d'imagerie de septembre et novembre 2016, adressés à son médecin traitant, étant tous datés de 2017, le plus ancien du 2 février 2017, soit postérieurs à la décision entreprise. Au vu des principes jurisprudentiels contenus dans les arrêts visés précédemment (notamment arrêts du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, la chambre de céans n'a pas à en tenir compte. Certes la recourante a expliqué en comparution personnelle que sa fille l'aide dans ses démarches mais n'habite pas avec elle, car elle habite avec son mari et leur dernier fils qui a 20 ans, mais qu'elle n'avait pas nécessairement remis ses courriers à sa fille car elle n'était pas en forme à l'époque. Mais elle a aussi indiqué que c'est à la demande de son médecin traitant qu'elle avait déposé cette nouvelle demande. Alors qu'elle avait fait demander l'assistance d'un interprète pour l'audience de comparution personnelle, il s'est avéré en définitive qu'elle comprenait normalement le français et qu'elle pouvait répondre dans cette langue sans difficulté non plus. L'ensemble de ces observations conduisent la chambre de céans à considérer que la recourante ne saurait ainsi justifier de ne pas avoir réagi en temps utile, au motif qu'elle n'aurait pas compris, respectivement pas tout compris

des courriers qu'elle avait reçus. Sachant d'une part qu'elle avait entrepris des démarches auprès de l'OAI, pour obtenir des prestations, il était raisonnablement exigible de sa part qu'elle réagisse immédiatement, à réception du moindre courrier de cette administration, et sollicite au besoin l'aide de ses proches, son dernier fils de 20 ans vivant avec elle, sa fille plus âgée s'occupant de l'aider dans ses démarches administratives, et son médecin traitant l'ayant incitée à déposer une telle demande. Il résulte ainsi de ce qui précède que l'on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir refusé d'entrer en matière, dans ces conditions: outre le fait que l'intimé a scrupuleusement respecté les directives jurisprudentielles rappelées précédemment, en cas de présentation, non conforme aux conditions de l'art. 87 al. 2 et RAI, d'une demande de prestations après un premier refus dû au fait que le taux d'invalidité était insuffisant. En effet l'intimé a rendu sa décision après avoir insisté à deux reprises au moins auprès de l'assurée, lui rappelant les règles régissant la procédure qu'elle avait initiée, et en lui exposant de manière claire et simple ce qui était attendu d'elle, respectivement de ses médecins, pour satisfaire aux exigences minimales permettant à l'autorité de se déterminer sur la plausibilité de l'aggravation de l'état de santé. La recourante n'a pas réagi, quoi qu'elle en eût les moyens. On ajoutera encore, par surabondance, que l'état du dossier, tel qu'il se présentait au moment du dépôt de la nouvelle demande, pouvait laisser supposer qu'une nouvelle demande de prestations ne serait pas nécessairement justifiée par une aggravation probante de l'état de santé, au vu notamment du contenu de certaines pièces médicales évoquées par le SMR dans son avis final du 28 janvier 2008, visé ci-dessus (ch.3, en fait). Au vu de ce qui précède, la décision litigieuse n'est pas critiquable. C'est donc à juste titre que l'intimée a refusé d'entrer en matière. 10. Mal fondé, le recours sera donc rejeté. 11. Il est toutefois rappelé, à toutes fins utiles, que dans l'intervalle la recourante a déposé une nouvelle demande, dont l'intimé a par ailleurs confirmé la date à laquelle il l'avait enregistrée (2 mai 2017), de sorte que c'est en fonction de celle-ci que l'OAI devra reprendre l'examen du dossier. 12. Depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite : l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit en effet qu'en dérogation à l'art. 61, let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice, dont le montant doit se situer entre 200 et 1000 francs. Il y a dès lors lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.- PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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