

GE_GERICHTE A/769/2008 vom 12. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_769_2008

FR: GE_GERICHTE A/769/2008 du 12 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/769/2008 del 12 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.11.2008
A/769/2008

A/769/2008 ATAS/1249/2008 du 12.11.2008 (AI) , ADMIS En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/769/2008
ATAS/1249/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES
SOCIALES Chambre 5 du 12 novembre 2008 En la cause Madame K_____,
domiciliée à MEYRIN recourante contre OFFICE CANTONAL DE
L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame
K_____, née 1977, mariée et mère d'un enfant, est de nationalité turque et arrivée en
Suisse le 3 septembre 1988. Dès fin septembre 1988, la doctoresse L_____ et le
professeur M_____, médecins responsables du département de pédiatrie des Hôpitaux
universitaires de Genève (ci-après les HUG), ont diagnostiqué une hypothyroïdie
congénitale, ce qui entraînait un retard mental léger et des problèmes psychologiques. Le 20
mai 1996, ces praticiens ont rédigé un rapport à l'attention de la doctoresse N_____,
spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, qui devait prendre en charge l'assurée.
Ils ont diagnostiqué une hypothyroïdie congénitale, des saignements vaginaux entre les
règles, une énurésie périodique en 1990-1991, une hyperventilation anxieuse avec crampes
douloureuses dès l'âge de 17 ans ainsi qu'une dysphagie aux solides. Ils ont relevé que ces
trois dernières affections étaient certainement l'expression d'un malaise psychologique,
peut-être lié à l'hypothyroïdie, mais plus probablement à des problèmes familiaux et aux
difficultés d'adaptation culturelle. L'assurée a effectué un début d'apprentissage de
coiffeuse à l'école professionnelle de X_____ à Genève de 1995 à 1997. Elle s'est
inscrite auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après l'OCE) le 9 septembre 1997, son
gain assuré mensuel s'élevant à l'107 fr. Elle a bénéficié d'un emploi temporaire fédéral à
Y_____ du 9 novembre 1998 au 10 mai 1999. Le 12 janvier 1998, elle a consulté le
département de chirurgie de la main des HUG suite à d'importantes douleurs dans les
mains. La doctoresse O_____ et le docteur P_____, médecins responsables du
département, ont diagnostiqué des phénomènes de crampes musculaires sur possible
syndrome canalair du nerf cubital droit au coude droit. Le 3 juin 1998, en raison de
troubles du comportement et de menaces suicidaires, l'assurée a été adressée par la
doctoresse N_____ aux HUG. Elle a été hospitalisée le même jour au département de
psychiatrie de Belle-Idée pour des lésions auto-infligées par utilisation d'objets tranchants.
La doctoresse Q_____, cheffe de clinique, et le docteur R_____, médecin
assistant, ont expliqué que la patiente avait présenté lors de l'entrée en clinique une thymie
triste, une perte de l'élan vital, une anhédonie, des troubles du sommeil ainsi que des idées
suicidaires avec projets de défenestration. Après avoir eu un entretien avec le docteur
S_____, médecin psychiatre des HUG, à qui elle avait expliqué avoir été victimes de
viols dans son enfance et au terme d'un examen gynécologique ayant confirmé sa virginité,

les médecins ont donné leur accord le 11 juin 1998 pour qu'elle quitte la clinique et se rende avec sa famille en Turquie afin d'y rencontrer son promis avec qui elle devait se fiancer. Le 31 août 1998, le docteur T _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et médecin-conseil de l'OCE, a expliqué qu'en raison de son affection congénitale, il était souhaitable que l'assurée fasse un travail de manutention plus léger ou dans la vente. Son affection ne laissait pas prévoir d'amélioration rapide au niveau des mains et une nouvelle orientation était à envisager. Après la naissance de son fils le 9 septembre 1999, l'intéressée a tenté de travailler comme ouvrière dans une chocolaterie en novembre 2000, mais n'a conservé son emploi que quatre jours à cause de sa maladresse et de sa lenteur due au manque de force manuelle. Le 20 septembre 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en sollicitant une orientation professionnelle, un reclassement dans une nouvelle profession et l'octroi d'une rente. Le 20 octobre 2000, le docteur U _____, médecin traitant, a rédigé un rapport à l'attention de l'OCAI dans lequel il a diagnostiqué une hypothyroïdie chronique et une lombalgie-sciatalgie avec hypocalcémie. L'incapacité de travail avait été de 100 % du 19 janvier 2000 au 9 août 2000, puis de 50 % dès cette date jusqu'au 30 août 2000. Dans un rapport concernant les capacités professionnelles, le médecin traitant a relevé que l'assurée pouvait travailler en position assise mais ne pouvait maintenir une position debout plus de quatre heures par jour. Elle devait en outre éviter les positions à genoux et accroupie ainsi que les mouvements répétitifs des membres ou du dos et le travail en hauteur. La motivation pour la reprise du travail ou pour un reclassement professionnel était partielle. Dans un rapport intermédiaire du 23 août 2001 et une annexe au rapport du même jour concernant la réinsertion professionnelle, le docteur U _____ a relevé que le diagnostic avait changé et que la patiente souffrait depuis début 2001 de dépression et d'hypotension artérielle. Ces nouveaux diagnostics avaient une influence sur la capacité de travail. L'activité exercée demeurait exigible à raison de quatre heures par jour, si possible en position assise. Le rendement subissait une diminution de 50 %. La capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et par l'aménagement du poste de travail. L'assurée devait éviter de porter ou de déplacer des objets lourds. Le 13 novembre 2001, l'OCAI a mandaté le docteur V _____, spécialiste en médecine interne, aux fins d'expertise. Ce dernier a lui-même confié une expertise psychiatrique au docteur W _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, lequel a demandé l'avis de Madame A _____, neuropsychologue. Celle-ci a procédé à trois examens neuropsychologiques les 18 mars, 15 et 22 avril 2002 afin d'évaluer les capacités intellectuelles et cognitives de l'assurée et a rédigé un rapport en date du 23 avril 2002. Elle a conclu à une efficacité intellectuelle limitée, de l'ordre de la déficience légère, chez une patiente de faible niveau de scolarisation. La mémoire et le reste des fonctions cognitives n'étaient pas marquées d'éléments pathologiques. Dans son expertise psychiatrique du 14 mai 2002, après avoir pris connaissance du dossier médical de l'assurée et l'avoir examinée deux fois, le docteur W _____ a diagnostiqué un retard mental léger, vraisemblablement lié directement à l'hypothyroïdie congénitale. L'examen psychiatrique complet n'avait pas permis de mettre en évidence un quelconque trouble mental, hormis le retard mental léger. Il a relevé que l'assurée possédait suffisamment de capacités cognitives et de jugement lui permettant de vivre de manière autonome. En ce qui concernait la capacité de travail, ce praticien a souligné que, sur le plan psychiatrique et compte tenu de la déficience légère de la patiente, elle demeurait entière pour des métiers pratiques et simples auxquels l'absence de formation professionnelle la conduisait (manutentionnaire,

gardiennage, nettoyages, vente etc). Le 11 juin 2002, le docteur V _____ a rédigé un rapport dans lequel il a posé les diagnostics d'hypothyroïdie chronique de l'âge adulte, partiellement et irrégulièrement traitée, de retard mental léger, de lombalgie commune et de tétanie des mains par hyperventilation. L'hypothyroïdie actuelle n'avait aucune influence sur la capacité de travail, laquelle était entière dans un emploi simple et pratique en raison de l'absence de formation et de compétitivité de l'assurée. En ce qui concernait la lombalgie, il n'existait aucune limitation objective ni raideur à l'examen de la colonne vertébrale. En l'absence de limitation comme d'anomalie radiologique, il n'y avait pas lieu de retenir d'entrave à la capacité de travail. Les crampes douloureuses des mains avaient fait l'objet d'un bilan approfondi et avaient été imputées à un état émotionnel exacerbé et mises en relation avec une hyperexcitabilité neuro-musculaire de type tétanie par hyperventilation. Ces manifestations étant occasionnelles et transitoires, le médecin a estimé qu'elles ne pouvaient pas être retenues comme limitation à la capacité de travail. Par décision du 24 avril 2003, l'OCAI a refusé à l'assurée tant l'octroi d'une rente que des mesures professionnelles. Il l'a confirmée par décision sur opposition du 7 juin 2004. Suite au recours de l'assurée contre cette décision, le Tribunal de céans a appelé à se déterminer le docteur B _____ du département de psychiatrie adulte des HUG. Celui-ci a diagnostiqué le 28 octobre 2004 un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques ainsi qu'une personnalité émotionnellement labile, type impulsif. L'état de santé de l'assurée entraînait une incapacité de travail depuis mai 2003 de 100 % et il s'était péjoré depuis la date de l'expertise réalisée par le docteur W _____. Selon l'expertise judiciaire du 9 avril 2005 du docteur C _____, psychiatre, que le Tribunal de céans a mandaté dans le cadre de l'instruction du recours, l'assurée était atteinte de douleurs somatoformes, dépression, anxiété et trouble de la personnalité. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait pas être retenu, selon les critères de la CIM-10, en raison de la présence concomitante d'un trouble dépressif. Le syndrome dépressif était d'intensité moyenne mais la patiente avait présenté depuis le printemps 2003, deux ou trois épisodes dépressifs francs justifiant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique. Il était probable qu'elle souffrait aussi une dysthymie depuis l'enfance (état sub-dépressif durable). Il existait de longue date des éléments subjectifs et objectifs suggérant l'existence d'une pathologie anxieuse pouvant correspondre à celle d'agoraphobie avec trouble panique. Il était probable que la patiente présentât une fragilité structurelle de la personnalité mais on ne pouvait considérer ce trouble comme sévère. Le traitement comprenait un volet médicamenteux, qui était celui prescrit actuellement (Deroxat et Zyprexa), mais que l'expertisée ne prenait pas régulièrement, et peut-être même pas du tout au vu du taux sanguin de ses médicaments. Le volet psychothérapeutique comprenait une exposition méthodique aux situations qui provoquaient de l'anxiété. En tenant compte de l'ensemble des troubles psychiques et des limitations cognitives et comportementales que ceux-ci entraînaient, il paraissait raisonnable à l'expert d'estimer la capacité de travail actuelle de l'expertisée à 50 %. Avec un traitement bien suivi et bien investi, la capacité de travail pourrait être portée à 100 %. Le pronostic était défavorable pour ce qui était d'une reprise d'activité. Il semblait toutefois évident qu'elle-même se considérait comme totalement invalide, et qu'elle attendait que la société le reconnaisse par l'octroi d'une rente AI. De ce fait, il était douteux qu'à l'avenir elle exerce réellement sa capacité de travail théorique. Le refus du traitement médicamenteux devait probablement être interprété comme la peur d'« aller mieux » et de renoncer aux « bénéfices » qu'elle tirait de la situation actuelle. Le 30 mai 2005, le docteur

C _____ a rendu un complément d'expertise. Le trouble dépressif était documenté depuis mars 2003. Quant au trouble anxieux, il était difficile de le dater mais il existait des attaques de panique dès le printemps 2002 et vraisemblablement plus tôt. Les répercussions fonctionnelles de la dépression et de l'anxiété étaient dues aux manifestations cognitives et comportementales de ces troubles. Celles-ci étaient en bonne partie les mêmes pour l'anxiété et pour la dépression : fatigue physique et mentale, difficulté de concentration et de mémoire, résistance diminuée aux stress quotidiens, comportement d'évitement, tout cela aboutissant à diminuer l'endurance à l'effort et la capacité d'assumer les exigences d'un travail régulier. Le trouble anxieux bien présent motivait une incapacité actuelle de 50 % sur la base des limitations susmentionnées. Cependant la présence des autres problèmes psychiques, qui étaient nombreux et durables (dépression chronique et récurrente, fragilité de la personnalité, léger retard mental) majorait un peu les limitations strictement imputables au trouble anxieux. Dans son appréciation du pronostic il donnait une « fourchette » d'incapacité médico-théorique durable allant de 0 à 50 %, le pronostic dépendant non seulement du diagnostic mais aussi de la mise en place d'un traitement approprié et de l'engagement de la patiente dans le processus thérapeutique, engagement qui était loin d'être acquis à l'heure actuelle. Dans ces conditions, il proposait de procéder à une réévaluation dans un délai de 18 mois. A son avis, l'état clinique de l'assurée s'était aggravé depuis l'expertise du docteur W _____, avec l'apparition ou la confirmation d'une symptomatologie dépressive, déjà constatée par le docteur W _____, mais dont celui-ci estimait, probablement avec raison, qu'elle n'atteignait alors pas le seuil clinique. Il était possible qu'en mai 2002, lorsque ce dernier avait examiné l'assurée, le trouble anxieux n'ait pas eu l'ampleur qu'il a pris aujourd'hui. On savait en effet que les troubles anxieux non traités avaient une tendance naturelle à s'amplifier (contrairement à la dépression, par exemple). La dysthymie (F34.1) et le trouble dépressif récurrent (F33.1) étaient deux types différents de dépression, qui pouvaient être associés comme c'était le cas chez l'assurée. Quant au diagnostic de trouble anxieux non spécifié ou sans précision (F41.9), il s'agissait évidemment d'une pathologie d'une autre nature que les troubles dépressifs, auxquels elle s'ajoutait chez l'expertisée. Par arrêt du 18 juillet 2005, le Tribunal de céans a admis partiellement le recours, a annulé la décision sur opposition du 7 juin 2004 et a octroyé à la recourante une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2004. Par arrêt du 25 juin 2006, le Tribunal fédéral des assurances (TFA), a annulé l'arrêt du Tribunal de céans et donc supprimé la rente, sur recours de l'OCAI. Ce faisant, notre Haute Cour a considéré que les conclusions de l'expert judiciaire relatives à l'incapacité de travail de la recourante n'étaient pas convaincantes. A cet égard, elle a relevé que le docteur C _____ s'était employé à expliquer en quoi les diagnostics retenus devaient être minimisés et qu'aucun d'entre eux n'était réellement invalidant, tout en concluant à une incapacité de travail actuelle de 50%. Les explications données dans le complément d'expertise étaient également peu compréhensibles. L'expert judiciaire avait d'ailleurs admis la difficulté à évaluer l'état de santé de l'assurée, compte tenu de l'obstacle linguistique et intellectuel, de l'importance des facteurs extra-médicaux, en particulier socio-culturels, des contradictions décelables dans la masse d'informations disponibles, de la complexité de la pathologie, notamment dépressive, et de l'écart entre les plaintes subjectives et les constatations objectives. Ainsi, de l'avis du TFA, l'expert aurait dû se prononcer sur l'incidence des nombreux facteurs étrangers à l'invalidité dans le cadre de son évaluation globale. A cela s'ajoutait, de l'avis des juges fédéraux, que l'assurée présentait une personnalité qui savait utiliser au mieux les problèmes psychiques auxquels elle pouvait être confrontée, dans la mesure où elle avait réussi, selon

les dires de l'expert, à déléguer, sous peine de crises, à son entourage l'essentiel de ses tâches ménagères, et à faire pression sur ses médecins pour obtenir des certificats médicaux. Cette constatation rejoignait en outre celle des docteurs N_____ et V_____. Le TFA a aussi reproché à l'expert judiciaire de n'avoir rien déduit du refus systématique de l'assurée de s'investir dans un traitement susceptible d'augmenter sa capacité de travail à 100%. Enfin, le TFA s'est interrogé sur le bien-fondé du diagnostic de retard mental léger, dans la mesure où l'expert judiciaire lui-même avait déclaré que le raisonnement de l'assurée lui semblait nuancé et qu'il n'avait pas perçu dans le contact la naïveté puérile qu'on pouvait rencontrer dans cette pathologie. Le 13 avril 2007, l'assurée a été convoquée par le médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), le docteur T_____, psychiatre FMH. Dans son rapport de la même date, ce médecin a constaté que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% depuis octobre 2006 dans le secteur de la manutention. Sa motivation pour la reprise du travail était bonne. L'absentéisme prévisible dû à l'état ou au traitement médical était moyen. Dans ses observations, ce médecin a indiqué qu'il renvoyait aux conclusions de son expertise du 31 août 1998, la situation ayant peu changé depuis, s'agissant d'un trouble instauré depuis l'enfance. Par demande reçue le 9 juillet 2007, l'assurée a requis de nouveau des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession ou d'une rente. Le 1^{er} novembre 2007, l'OCAI l'a informée qu'il avait l'intention de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande, dans la mesure où elle n'avait pas rendu plausible que l'état de faits se fût modifié après l'arrêt du TFA du 25 août 2006. Selon le rapport du 21 novembre 2007 de la doctoresse M. D_____ de la Consultation Pâquis du Département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui suit l'assurée depuis octobre 2006, celle-ci présentait une personnalité émotionnellement labile, de type borderline, un trouble anxieux et dépressif mixte et un retard mental léger. De l'avis de cette praticienne, le diagnostic de trouble de la personnalité borderline était le plus grave et la cause principale de son incapacité de travail à 50% depuis plus d'un an. Elle a constaté une labilité émotionnelle très importante et une irritabilité en continu qui l'amenait fréquemment à des explosions de colère avec hétéro-agressivité verbale et risque d'agression physique. A cela s'ajoutait une hyper-sensibilité au stress, une intolérance à la frustration, une impulsivité et un manque de contrôle. Ces éléments engendraient des difficultés relationnelles importantes, y compris avec son entourage proche, surtout dans des conditions de stress, par exemple au travail. La Dresse D_____ a considéré que sa patiente "pourrait être susceptible d'une rente à 50%, ce qui lui permettrait de chercher un emploi à temps partiel et donc avec moins de stress." Le cas échéant, l'octroi d'une telle rente pourrait être soumis à la condition qu'elle présente une compliance médicamenteuse stricte, avec monitoring plasmatique fréquent. Actuellement, la patiente semblait adhérente aux médicaments. Enfin, ce médecin a souligné qu'il n'y avait pas de traitement spécifique pour le trouble de la personnalité borderline et que les médicaments calmaient uniquement les symptômes sans que ceux-ci ne disparaissent. Du 22 octobre au 16 novembre 2007, l'assurée a suivi un stage à la fondation PRO, en vue d'évaluer ses compétences et aptitudes professionnelles et personnelles. Sur le plan physique, cette fondation a constaté, dans son rapport du 5 décembre 2007, que l'assurée pouvait travailler assise et debout, mais qu'elle souffrait de douleurs au niveau des épaules et des poignets, de sorte qu'elle avait tendance à faire occasionnellement quelques pauses en cours de matinée. Par ailleurs, elle travaillait très lentement. S'agissant des aptitudes professionnelles, elle avait une bonne compréhension des consignes orales. Cependant, il lui fallait un certain temps pour être à même d'effectuer

une tâche. Sa capacité d'adaptation était faible, mais une fois maîtrisées les nouvelles activités, elle se montrait autonome dans son travail. Elle n'était pas particulièrement habile de ses mains, mais était méticuleuse et produisait un travail de bonne qualité. Néanmoins, elle n'avait pas vraiment fait preuve de conscience professionnelle et son niveau de concentration avait été considéré faible. Dans ses rapports avec les responsables d'atelier ou ses collègues, elle s'était montrée très réservée et s'isolait des autres. Elle était ponctuelle et informait régulièrement le département de ses absences. Cependant elle avait été jugée peu motivée et peu persévérante. Dans ses conclusions, la fondation PRO a indiqué que, nonobstant le fait que l'assurée était tout à fait désireuse de faire le stage, elle avait pleuré pendant toute la matinée du premier jour de celui-ci. Elle avait expliqué qu'il s'était agi d'une réaction à la fois de panique et de frustration face à des tâches qui lui paraissaient trop compliquées à apprendre. Confrontée à une nouvelle activité, l'assurée pouvait se mettre à paniquer et à oublier les consignes, soit perdre pied et rester alors totalement bloquée devant l'activité. Elle a admis qu'il lui était difficile d'apprendre une nouvelle tâche, se sentant crispée et ayant le sentiment d'être séparée en plusieurs morceaux. Pendant les 2^{ème} et 3^{ème} semaines de stage, la stagiaire était régulièrement absente le lundi en raison d'intenses angoisses, qui paraissaient crédibles à ses interlocuteurs lors de ses appels téléphoniques. Pendant la 3^{ème} semaine, la stagiaire avait aussi demandé à pouvoir s'allonger à l'infirmerie, alléguant qu'elle avait l'impression que tous ses muscles la lâchaient et qu'elle avait peur de tomber. La fondation PRO a souligné l'important sentiment d'anxiété de l'assurée : anxiété de ne pas réussir à réaliser une tâche, anxiété de côtoyer ses collègues et anxiété qui l'empêchait de venir travailler. Ladite fondation a estimé également que les motivations et persévérances jugées faibles devraient être interprétées à la lumière de cette constante anxiété. En conclusion, il ne lui paraissait pas pertinent d'envisager une insertion professionnelle de l'assurée dans le marché économique traditionnel. Une activité occupationnelle en milieu protégé semblait plus accessible. Dans son avis médical du 25 janvier 2008, la doctoresse E _____ du SMR a constaté que la doctoresse D _____ retenait exactement les mêmes diagnostics que ceux émis par le Dr C _____ et qui avaient été réfutés par le TFA. Le médecin de la consultation psychiatrique n'avait pas mentionné d'aggravation de l'état de santé ni de trouble de la personnalité décompensé. Il fallait dès lors admettre que ce trouble n'était pas décompensé. La doctoresse D _____ n'avait pas non plus retenu une nouvelle atteinte. Par ailleurs, son certificat médical comportait des discordances, dans la mesure où elle préconisait, d'une part, de conditionner la rente à un traitement médicamenteux, tout en mentionnant que la compliance était bonne et que de toute façon les médicaments ne pouvaient pas guérir le trouble de la personnalité. Ainsi, le médecin du SMR a conclu que la capacité de travail exigible était toujours entière. Par décision du 7 février 2008, l'OCAI a confirmé son refus d'entrer en matière. Par acte posté le 7 mars 2008, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité ou à l'attribution d'un travail protégé. Elle fait valoir qu'elle est suivie par un psychiatre depuis 2003 et que son état s'est aggravé. Elle s'est par ailleurs inscrite auprès de l'OCE, mais a été considérée inapte au placement par ce service, après un bilan d'évaluation par la fondation PRO, dont elle joint une copie du rapport y relatif. Dans sa détermination du 18 avril 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. Il relève que sa décision sur opposition du 7 juin 2004 n'a été confirmée qu'en date du 25 août 2006 par le TFA. Au vu de la jurisprudence en la matière, il convient dès lors de se montrer particulièrement sévère pour l'examen de la demande déposée moins d'un an après, en date 9 juillet 2007. L'évaluation de la fondation

PRO lui était par ailleurs connue et ce rapport n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions des rapports et avis médicaux figurant dans le dossier. Par écritures postées le 26 juin 2008, la recourante fait notamment observer que le rapport d'évaluation de la fondation PRO est postérieur à la décision litigieuse et constitue ainsi un fait nouveau. Elle persiste ainsi dans ses conclusions. Le 25 août 2008, l'intimé en fait de même. Sur ce, la cause a été gardée à juger. 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont 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. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} 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). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, le droit aux prestations doit être déterminé en applications des anciennes dispositions. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si la recourante a rendu plausible que son état de santé s'est aggravé au point de provoquer une invalidité lui ouvrant le droit à une rente. Selon l'art. 17 al. 1 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. Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité ou l'étendue du besoins de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 RAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} mars 2004). Il en va de même lorsqu'une rente ou une allocation pour impotent a été refusée en raison d'un degré d'invalidité insuffisant ou de l'absence d'impotence et que l'assuré dépose une nouvelle demande (art. 87 al. 3 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 125 V 412 consid. 2b, 117 V 200 consid. 4b et les références). L'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2003, de l'art. 17 LPGA sur les conditions d'une révision du droit à la rente n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés en ce domaine sous le régime du droit en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, si bien que ceux-ci demeurent applicables (ATF 130 V 349 consid. 3.5). Savoir si l'on est en présence d'un motif de révision du droit à la rente suppose une modification notable du taux d'invalidité. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient

au moment de la décision initiale de rente et les circonstances existant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). D'après la jurisprudence, la rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). 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. 3 ou 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). Dans un arrêt du 16 octobre 2003 (ATF 130 V 64), le Tribunal fédéral des assurances a modifié sa jurisprudence relative à l'art. 87 al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et jugé que le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 195 consid. 2, 122 V 158 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à cette procédure. Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, notre Haute Cour a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002; actuellement, voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATFA non publié du 13 juillet 2000, H 290/98). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b, RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, avec les références). Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence). En l'espèce, il convient en

premier lieu de constater que, contrairement à ce qu'a indiqué l'intimé, l'état de fait pertinent est celui au moment de la décision sur opposition du 7 juin 2004 de l'intimé et non pas au moment de l'arrêt du Tribunal fédéral. En effet, celui-ci ne pouvait plus prendre en considération les éléments qui s'étaient produits postérieurement à la décision litigieuse. Il sied par ailleurs de considérer que la doctoresse D_____ a bel et bien constaté une aggravation de l'état de santé de la recourante, puisqu'elle a évalué la capacité de travail de la recourante à 50% à partir d'octobre 2006. Il est à relever à cet égard que le docteur C_____ avait déjà indiqué dans son expertise judiciaire qu'un trouble anxieux avait tendance à s'aggraver, à défaut de traitement. Cette aggravation est également documentée par l'évaluation de la fondation PRO. Celle-ci a permis de se rendre compte de la répercussion des atteintes psychiques dont souffre la recourante sur sa capacité de travail, soit en particulier du peu de résistance au stress et du comportement d'évitement des personnes qui l'entourent. Face à de tels éléments, une aggravation de l'état de santé paraît plausible, de l'avis du Tribunal de céans. Partant, la décision attaquée doit être annulée pour ce motif et renvoyée à l'intimé, afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande. Il convient également d'examiner si les conditions d'une révision procédurale sont remplies, dans la mesure où la recourante se prévaut d'un fait nouveau. Cependant, dès lors que la décision initiale de l'intimé a été tranchée par le TFA en dernier lieu, une telle demande devrait être formée devant cette juridiction. Il appartiendra par conséquent à la recourante de la saisir, si elle a réellement l'intention de demander une révision procédurale. Concernant la question de savoir si les prestations peuvent être refusées au motif que la recourante se soustrait ou s'oppose à un traitement exigible, il convient d'attirer l'attention de l'intimé sur le fait qu'aux termes de l'art. 21 al. 4 LPGA, une telle sanction présuppose une mise en demeure écrite avertissant l'assuré des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable. Le cas échéant, il appartiendra dès lors à l'intimé de respecter cette procédure. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis. La décision litigieuse sera ainsi annulée, la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations d'invalidité. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de justice de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 7 février 2008 de l'intimé. Lui renvoie la cause pour entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante. 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le