

GE_GERICHTE A/859/2014 vom 15. September 2014

GE Cour de justice, 2014-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_859_2014

FR: GE_GERICHTE A/859/2014 du 15 septembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/859/2014 del 15 settembre 2014

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.09.2014
A/859/2014

A/859/2014 ATAS/1000/2014 du 15.09.2014 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/859/2014 ATAS/1000/2014 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 septembre 2014 9ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, représentée par APAS-Association pour la permanence de défense des patients et des assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1957 (ci-après : la recourante ou l'intéressée) a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) pour adultes le 13 février 2004. Elle était mariée et mère de trois enfants, nés en juin 1986, septembre 1991 et mars 1998. Elle était arrivée en Suisse 1985 depuis le Kosovo. Son époux était au bénéfice d'une rente AI, elle-même était au chômage. Elle avait exercé une activité de nettoyeuse jusqu'en avril 2003. Elle était malade, souffrant d'une dépression et de fibromyalgie depuis décembre 2002. Elle était suivie par le Docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, depuis octobre 2003. 2. Il ressortait du dossier : - une attestation du Dr C_____ du 12 janvier 2003, selon laquelle il soupçonnait une éventuelle fibromyalgie accompagnée d'un état dépressif se traduisant surtout par des douleurs irradiant des épaules jusqu'à la tête. La patiente était en arrêt de travail à 100% depuis le 6 décembre 2002. - l'avis de sortie du 31 janvier 2003 des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), division de rhumatologie, faisait état, sous diagnostic de fibromyalgie, de céphalées et hypotension orthostatique d'origine médicamenteuse sur Seropram et abus d'antalgie et 'un taux élevé de facteurs rhumatis IgA isolé. Sous « proposition », il suggérait d'encourager la patiente de s'inscrire au groupe Pluriels ou chez Appartenances pour la prise en charge psychologique de personnes présentant une problématique migratoire. La patiente présentait 18 points positifs sur 18 de la fibromyalgie. - un rapport du Docteur D_____, médecin conseil de l'office cantonal de l'emploi, lequel estimait, le 21 octobre 2003, que la capacité de travail de l'intéressée s'élevait à 50%. Il précisait ne pas avoir changé d'avis par rapport à son évaluation du 8 juillet 2003. Il s'agissait, à son avis, surtout d'un problème de déracinement socio-culturel plutôt que d'un problème médical. - un rapport du Docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui relevait, le 18 décembre 2003, l'incapacité totale de travailler de la patiente depuis décembre 2002. Il a indiqué que « la chronicité actuelle laisse peu de perspectives de voir le tableau clinique s'améliorer (...) ». - un rapport médical du 1 er mars 2004 à l'OAI du Dr B_____, lequel mentionnait que la patiente souffrait de fibromyalgie. Il était probable qu'elle présente aussi un état dépressif. La capacité de travail était de 0%. Il relevait la difficulté à examiner la patiente qui ne parlait pas français et ne le comprenait pas. - un

rapport du 3 mai 2004 de la psychologue F_____, du centre de consultations et d'études psychologiques pour migrants qui indiquait suivre l'intéressée depuis février 2003. Mme A_____ était profondément déprimée. Son état s'était dégradé. 3. Un examen rhumatologique et psychiatrique a été effectué par le Service médical régional de Suisse Romande (ci-après : SMR) le 2 mars 2006. Le rapport des Drs G_____, médecine physique et rééducation, H_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et I_____, médecin-chef SMR concluait à l'absence de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. Sans répercussion sur la capacité de travail était relevé une obésité (BMI 32), un déconditionnement global, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Sur le plan psychiatrique, l'anamnèse ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité sévère à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. Une comorbidité psychiatrique ou une structure de la personnalité présentant des traits morbides n'avait pas constatée. Ayant eu le bénéfice d'un suivi psychothérapeutique, l'assurée n'avait pas ressenti le besoin de poursuivre ce type de soins et elle niait l'existence d'un problème dépressif. 4. Par avis du 18 août 2006, le médecin du SMR a confirmé qu'elle considérait que la capacité de travail de l'assurée était entière dans l'activité habituelle et dans les activités ménagères depuis toujours. L'assurée avait été examinée au SMR. Elle se fondait sur leur rapport. Le déconditionnement global : éviter une position statique prolongée debout, en flexion-rotation du tronc et en porte à faux. Le port des charges était limité à 10 kg. occasionnellement. Au plan psychiatrique, en présence de diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, les critères de Mosimann avaient été étudiés. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique ou une structure de la personnalité présentant des traits prémorbides. L'environnement psychosocial était intact. Les comportements histrioniques qui lui permettaient d'obtenir l'attention d'autrui, l'insatisfaction relative au résultat des traitements et des investigations et la déception quant à la qualité des soins médicaux contribuaient à la persistance de ses plaintes douloureuses, motifs pour lesquels le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques était retenu. Les plaintes et le handicap mis en avant ne mobilisaient pas l'empathie des examinateurs. 5. Par décision du 9 novembre 2006, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a refusé tout droit à des prestations à Mme A_____. Compte tenu du diagnostic de fibromyalgie posé par les médecins, une expertise s'était avérée indispensable pour déterminer la capacité de travail de l'intéressée. Le rapport correspondant du 2 mars 2006 indiquait qu'elle ne souffrait d'aucune affection psychiatrique. Aucun des critères consacrés par la jurisprudence qui fondait un pronostic défavorable en ce qui concernait l'exigibilité d'une reprise d'activité n'avait pu être mis en évidence. Les objections de l'assurée ainsi que les documents médicaux apportés dans le cadre de la procédure d'audition avaient été étudiés par le Service médical régional (ci-après : SMR). Les pièces transmises n'apportaient pas de faits nouveaux au niveau de l'atteinte à la santé. Les conclusions de l'examen bidisciplinaire du 2 mars 2006 restaient probantes. Mme A_____ était apte à exercer son activité professionnelle à 100%. Le droit aux prestations de l'AI était nié. 6. Le 11 décembre 2006, Mme A_____ a interjeté recours devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, devenu depuis lors la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales ou la chambre de céans). 7. Par courrier du 9 février 2007, Mme A_____ a déclaré retirer son recours, ce dont un arrêt

de la chambre de céans du 22 février 2007 a pris acte.![endif]>![if> 8. Le 16 septembre 2013, Mme A_____ a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes. Elle souffrait de dépression et de fibromyalgie depuis décembre 2002. Elle était suivie par le Dr B_____ depuis octobre 2003 et par la Doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, depuis 2013.![endif]>![if> Deux attestations médicales étaient jointes à la demande soit : - un certificat médical du 19 septembre 2013 du Dr B_____ attestant qu'il suivait médicalement Mme A_____ depuis septembre 2003. Elle souffrait, depuis cette date, d'une maladie rhumatismale chronique qui empêchait toutes activités professionnelles. Sa capacité de travail était de 0%, même dans le cadre d'un travail adapté.![endif]>![if> - un rapport médical de la Dresse J_____ du 25 octobre 2013.![endif]>![if> Sa patiente avait pu travailler entre 1995 et 2002, puis avait été placée, dans le cadre de l'assurance chômage, dans un travail auprès d'un musée. Elle avait été mise à l'arrêt de travail en 2002, en raison de malaises et de vertiges et un trouble somatoforme douloureux avait été diagnostiqué à l'époque. Les antécédents psychiatriques commençaient en 2002. La patiente avait pris un traitement de séropram qu'elle supportait mal en raison d'hypotension et de céphalées. En 2006, elle avait eu besoin de soins au centre de thérapies brèves (CTB). Le diagnostic d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et d'un syndrome douloureux somatoforme avait été posé. En raison de la gravité de la symptomatologie, un traitement de triptizol, puis d'amitriptiline avait été introduit. La patiente avait été suivie à la consultation de novembre 2006 à août 2008. Elle avait bénéficié d'un traitement de saroten mais en raison d'effets secondaires, le traitement avait été remplacé par du cymbalta 60 mg par jour. En mai 2013, son médecin-traitant, le Dr B_____, l'a leur avait adressée. Le tableau était superposable aux années précédentes. On observait une évolution à la chronicité d'un trouble dépressif sévère, secondaire à un syndrome douloureux somatoforme. Rien ne semblait pouvoir soulager des douleurs et le traitement antidépresseur restait peu voir pas efficace. La praticienne prévoyait de changer le traitement de cipralax pour un traitement d'effexor. Concernant le status, la patiente se présentait avec un épisode dépressif sévère, un MADRS à 42. Elle présentait un ralentissement psychomoteur, des latences, des réponses qui étaient courtes et peu informatives. Elle n'avait pas d'introspection ou d'initiative. Elle était orientée dans le temps et dans l'espace. Un interprète était nécessaire, la patiente ne maîtrisant pas le français. Elle décrivait une tristesse omniprésente, ne fluctuant pas en fonction des circonstances, une tension intérieure continue avec une présence de crises de paniques intermittentes. Son sommeil était réduit. La patiente dormait environ quatre heures par jour avec le traitement, l'appétit était conservé, elle était incapable de lire, de suivre une émission télévisée, d'entretenir une conversation soutenue. Elle se plaignait d'une importante fatigue et une simple activité de routine nécessitait beaucoup d'efforts. Mme A_____ n'avait plus d'intérêt, ni pour son environnement ni pour ses amis ou ses proches. Elle se sentait paralysée, émotionnellement. Elle se disait pessimiste, négative avec l'auto-culpabilisation et la dépréciation. La patiente avait des idées suicidaires passagères, surtout dans les moments de paroxysme douloureux où elle avait déjà, à plusieurs reprises, désiré se jeter par la fenêtre. Toutefois, elle s'engageait à faire appel. Elle ne présentait pas d'hallucinations, ni auditives ou visuelles ou une symptomatologie psychotique. Le traitement consistait en cypralex 20 mg/jour, lirica 75mg/jour, sirdalud 4mg/jour, dafalgan 1g 2x/jour. Le médecin allait changer le traitement de cypralex pour le traitement d'effexor. La patiente n'était pas toujours régulière à ses rendez-vous, qui étaient fixés une fois par mois. La patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent, chronique et sévère,

l'empêchant d'exercer toutes activités professionnelles. La Dresse J_____ considérait que la capacité de travail de sa patiente était de 0%. 9. Par avis médical du 11 décembre 2013, la Doctoresse K_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que l'assurée, de 55 ans, avait déposé une première demande en 2004. La médecin lui avait notifié un refus de prestations sur la base d'un examen SMR rhumatologique et psychiatrique réalisé le 7 août 2006 et du rapport SMR du 18 août 2006. Après avoir analysé les deux documents médicaux produits dans le cadre de la nouvelle demande de prestations AI, la praticienne considérait que l'assurée n'avait pas apporté la preuve d'une aggravation manifeste de son état de santé et qu'il n'y avait pas lieu de modifier les conclusions précédentes du 18 août 2006 ni d'instruire plus avant. 10. Le 16 janvier 2014, l'OAI a adressé à Mme A_____ un projet de décision par lequel il refusait d'entrer en matière. Un nouvel examen de son droit à la rente ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié depuis la décision initiale et qu'il était susceptible de changer le droit aux prestations. Si la situation n'avait pas changé, il n'était pas possible de procéder à un nouvel examen de l'état de fait. Après examen des documents soumis par Mme A_____ à l'OAI et au SMR, et compte tenu des précédents documents médicaux versés au dossier, le SMR était d'avis que l'aggravation de l'état de santé n'était pas rendu plausible. Il n'y avait, en l'état du dossier, pas d'éléments nouveaux susceptibles de modifier la précédente appréciation. Le droit aux mesures professionnelles et à la rente n'étaient pas reconnues. L'OAI n'entrait pas en matière sur la nouvelle demande de prestations. 11. Mme A_____ ne s'étant pas manifestée, une décision de refus d'entrer en matière a été adressée à celle-ci le 25 février 2014 par l'OAI. 12. Par courrier du 21 mars 2014, Mme A_____ a interjeté recours contre la décision de l'OAI du 25 février 2014 auprès de la chambre des assurances sociales. Elle entendait préserver ses droits. Elle souhaitait confier son affaire à un mandataire, raison pour laquelle elle avait demandé son dossier complet à l'OAI. Elle ne l'avait pas encore reçu et sollicitait un délai supplémentaire pour compléter son recours. Elle contestait la décision, son état de santé s'étant véritablement aggravé. Elle ne comprenait pas pourquoi l'OAI ne tenait pas compte des rapports médicaux qu'elle avait produits. Elle concluait à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. 13. Le 8 avril 2014, l'association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS) a développé les arguments de Mme A_____. Le refus signifié le 9 novembre 2006 s'était fondé sur un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique effectué le 2 mars 2006 au SMR Suisse romande et avait fait l'objet d'un rapport du 7 août 2006. Aux termes de cet examen, aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail n'avait été retenu. En revanche, les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une obésité (BMI32), un déconditionnement global, un syndrome somatoforme persistant (F45.4) et une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0). Pour attester de l'aggravation de l'état de santé psychique, les HUG, sous la plume de la Dresse J_____, avait produit à l'intention de l'OAI, un rapport circonstancié du 25 octobre 2013. Il était incompréhensible, compte tenu du document précité et de la description détaillée faite par le médecin, que l'OAI ait refusé d'entrer en matière sur l'aggravation de l'état de santé de la patiente. Les statuts décrits par les HUG n'avaient rien en commun avec celui décrit en mars 2006 par le SMR et l'aggravation apparaissait manifeste. Cela était au demeurant corroboré par la reprise d'un traitement aux HUG en mai 2013 et une nouvelle demande de prestations en septembre 2013. L'assurée concluait à l'annulation de la décision litigieuse et le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction sous suite de frais et

dépens. 14. Par réponse du 12 mai 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours. D'un point de vue psychiatrique, il ressortait du rapport des HUG du 25 octobre 2013 que le tableau était superposable aux années précédentes. Le rapport ne contenait aucun élément objectif justifiant d'une aggravation de l'état de santé de la recourante. D'un point de vue somatique, il ressortait du rapport du Dr B_____ que la situation était identique à celle qui prévalait lors de la dernière décision entrée en force. Compte tenu du pouvoir d'appréciation de l'office, c'était à juste titre que celui-ci avait rendu une décision de refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante, celle-ci n'ayant pas rendu plausible une aggravation de son état de santé pouvant entraîner une modification de ses droits. 15. Par réplique du 10 juin 2014, l'APAS a relevé que l'OAI n'apportait aucun élément nouveau et ne se positionnait pas quant au fait que le tableau clinique de la patiente était totalement différent de celui décrit lors de l'examen en mars 2006 au SMR Suisse romande. Il ne se positionnait pas davantage sur le fait que l'assurée était retournée consulter en mai 2013 et qu'elle avait présenté une nouvelle demande en septembre de la même année. 16. Par courrier du 19 juin 2014, l'OAI a persisté dans ses conclusions. 17. Le 24 juin 2014, les parties ont été informées 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. 3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 25 février 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale

sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322). 5. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA. 6. L'objet du litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à des prestations d'invalidité suite à la nouvelle demande déposée le 16 septembre 2013, étant précisé que par décision du 9 novembre 2006, entrée en force, l'intimé avait refusé l'octroi de prestations. En d'autres termes, il convient d'examiner si cette dernière a rendu plausible ou non une aggravation de son état de santé. En revanche, les conclusions de la recourante du 21 mars 2014 sont irrecevables en tant qu'elles tendent à l'octroi d'une rente invalidité, la décision litigieuse ayant uniquement refusé l'entrée en matière. 7. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 8. a) 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. 3 et 4 (al. 2 et 3 depuis le 1 er janvier 2012) 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. 3 et 4 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 qui a précédemment rendu une décision entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 cons. 2b, 117 V 198 cons. 4b et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une 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'entrer en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'article 87 al. 3 RAI (depuis le 1er janvier 2012 al. 2) et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 cons. 2b). b) L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 al. 3 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que

la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Vallat, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et la référence sous note no 27). c) 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; ATF 109 V 262 consid. 4a). d) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (cf. art. 87 al. 4 RAI), elle doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 p. 66 et les arrêts cités). e) La jurisprudence considère que l'administration n'est pas entrée en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p. 14 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_866/2009 du 27 avril 2010). Ainsi lorsque l'OAI soumet le dossier de l'assurée au SMR et renonce à des investigations complémentaires, il n'entre pas en matière au sens de l'art. 87 RAI (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_516/2012 du 3 janvier 2013). 9. Enfin, on rappellera que, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). 10. En l'espèce, l'OAI s'est limité à soumettre le dossier de l'assurée au SMR et a renoncé à toute investigation supplémentaire. L'OAI a refusé d'entrer en matière, fondant son argumentation sur les motifs invoqués dans la décision initiale. 11. Il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible une modification de son état de santé susceptible de modifier ses droits. 12. La recourante a produit deux certificats médicaux à l'appui de sa nouvelle requête. Celui du Dr B _____ fait expressément mention du fait que l'atteinte rhumatismale date de 2002. L'examen du SMR du 2 mars 2006 avait précisément comporté un volet rhumatologique. Le document produit le 16 septembre 2013 ne faisant pas état d'une aggravation particulière, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que la recourante n'avait pas rendu plausible une détérioration de sa santé sur le plan rhumatologique. 13. Sur le plan psychiatrique, selon le rapport médical de la Dresse J _____ du 25 octobre 2013, en mai 2013, « le tableau était superposable aux années précédentes. ». On ignore à quelles années, la praticienne fait référence exactement et notamment si le tableau est superposable à 2006 ou à des années ultérieures, le praticien indiquant toutefois que les antécédents psychiatriques commençaient en 2002. La psychiatre a indiqué qu'elle observait une évolution à la chronicité d'un trouble dépressif sévère, secondaire à un syndrome douloureux somatoforme. Le refus de l'OAI signifié le 9 novembre 2006 s'était fondé notamment sur un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique effectué le 2 mars 2006 au SMR Suisse romande en présence d'un interprète, du rapport du 7 août 2006 du SMR ainsi que sur le dossier de la patiente. Celui-ci indiquait que la patiente était incapable de travailler depuis décembre

2002. Elle présentait, de l'avis de ses médecins-traitants (Drs C_____ et B_____), une fibromyalgie accompagnée d'un état dépressif. La dépression était mentionnée dans la demande de prestations de 2006. La patiente avait indiqué être suivie par le Dr B_____ depuis octobre 2003 pour dépression et fibromyalgie. Un rapport des HUG du 31 janvier 2003 indiquait que la patiente présentait 18 points positifs sur 18 de la fibromyalgie. Le Dr E_____ évoquait, en décembre 2003, la chronicisation de la situation de l'intéressée. Le 3 mai 2004, la psychologue F_____ évoquait une péjoration de l'état de santé de la patiente. Le rapport du SMR mentionnait que sur le plan psychiatrique, l'anamnèse ne mettait pas en évidence une maladie psychiatrique ou un trouble de la personnalité sévère à l'origine d'une atteinte à la santé mentale, ayant comme conséquence une incapacité de travail de longue durée. En l'espèce, le trouble dépressif récurrent, chronique et sévère secondaire à un syndrome douloureux somatoforme, empêchant la patiente d'exercer toutes activités professionnelles évoqué par la Dresse J_____ dans son certificat du 25 octobre 2013, ne se superpose pas complètement aux diagnostics déjà évoqués par les médecins traitants depuis 2002. La patiente ne présentait aucune idée suicidaire selon l'examen SMR de 2006 alors que tel n'est plus le cas. La médication préconisée par la Dresse comprend aujourd'hui du cipralex alors qu'aucun traitement antidépressif n'était mentionné dans l'expertise du SMR, quand bien même certains médecins traitants en avaient au préalable prescrits. En 2013, le Dr B_____ a jugé la situation suffisamment péjorée pour qu'il envoie sa patiente pour un suivi au service de psychiatrie des HUG. La notion de sévérité diagnostiquée par la praticienne et qui peut, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral être indépendante du trouble somatoforme douloureux, rend plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante. En effet, selon la doctrine médicale, sur laquelle se fonde le Tribunal fédéral, les états dépressifs peuvent constituer des manifestations (réactives) d'accompagnement des troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'ils ne sauraient, dans cette hypothèse, faire l'objet d'un diagnostic séparé. Cela ne saurait toutefois être le cas lorsque l'état dépressif présente les caractères de sévérité susceptibles de le distinguer sans conteste d'un tel trouble (ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 in fine p. 358; arrêt du Tribunal fédéral 9C_49/2013 du 2 juillet 2013 consid. 5.2). Dans ces conditions, la recourante a rendu plausible, par le certificat détaillé de la Dresse J_____ du 25 octobre 2013, une péjoration de son état de santé susceptible de modifier ses droits. Le refus d'entrer en matière de l'OAI n'est pas fondé. Le dossier doit être renvoyé à l'intimée pour instruction. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 25 février 2014 annulée.![endif]>![if> 15. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à CHF 1'000.-. (art. 61 let. g LPGA; art. 89H LPA).![endif]>![if> Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimée au paiement d'un émolument de CHF 200.-. ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Annule la décision du 25 février 2014 en tant qu'elle refuse d'entrer en matière sur la demande de prestations du 16 septembre 2013.![endif]>![if> 3. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de rendre une nouvelle décision après instruction complémentaire.![endif]>![if> 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.![endif]>![if> 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.![endif]>![if> 6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal

fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Brigitte BABEL La présidente Francine PAYOT ZEN-RUFFINEN 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.