

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1374/2016

ATAS/84/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 7 février 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec recourante
élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER
FÜLLEMANN

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE intimé
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, de nationalité suisse, sans formation professionnelle achevée, travaillait à plein temps en tant qu'apprentie dessinatrice d'installations de ventilation depuis le 1^{er} septembre 1992 auprès de B_____ SA.
2. Le 24 mai 1995, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé), invoquant une atteinte à la santé « depuis toujours ». Elle demandait une orientation professionnelle ou un reclassement dans une nouvelle profession.
3. Dans son rapport du 5 juillet 1995, feu docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, et médecin traitant, a posé les diagnostics de troubles instrumentaux avec difficulté dans l'imagerie mentale, et d'une dyslexie. L'assurée présentait une incapacité de travail totale depuis le 12 juin 1995 pour une durée indéterminée, et nécessitait un soutien socio-thérapeutique.
4. Dans son rapport du 25 juillet 1995, feu docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics suivants : séquelles de dyslexie, avec lecture et écriture lentes, difficultés dans le calcul oral et écrit, dans la représentation mentale des différentes parties d'un objet ; léger état dépressif réactionnel ; discopathie L5-S1 entraînant fréquemment des lombosciatalgies droites, mais sans trouble neurologique ; rhinite allergique. L'assurée rencontrait des difficultés depuis sa scolarité. Les apprentissages effectués (coiffure, serveuse, ouvrière en mécanique, y compris celui en dessinatrice de ventilation) s'étaient soldés par un échec, bien que les examens neuropsychologiques montrassent qu'elle avait une intelligence normale. Un soutien psychologique était recommandé.
5. Mandaté par l'OAI pour une expertise psychiatrique avec des tests de la personnalité, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame F_____, psychologue, ont diagnostiqué, après avoir examiné l'assurée, dans leur rapport du 10 juin 1996, une structure de personnalité psychotique compensée, partiellement déficitaire. Elle avait fait une tentative de suicide en novembre 1995. L'essentiel des défenses qu'elle utilisait pour pallier à ses séquelles de psychose infantile appartenait au registre maniaque. Elle présentait toutefois une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, soit un travail manuel relativement stéréotypé, n'exigeant pas une capacité d'acquisition importante.
6. Dans son rapport du 26 juin 1996, le service de réadaptation de l'OAI, s'appuyant sur l'expertise précitée, s'interrogeait sur la présence éventuelle d'un fonctionnement psychique où des phases maniaques alterneraient avec des phases dépressives. Un tel fonctionnement expliquerait l'accumulation des échecs rencontrés sur le plan professionnel et affectif. Si tel devait être le cas, il convenait de ne pas la mettre dans une situation de stress professionnel pour éviter une

décompensation ultérieure sur un mode maniaco-dépressif. En vue d'évaluer si une activité professionnelle dans le circuit économique serait envisageable, une observation professionnelle sur une durée prolongée était nécessaire, mesure dont l'assurée a bénéficié du 22 juillet 1996 au 21 janvier 1997 auprès de la Fondation PRO (cf. communication de l'OAI du 7 août 1996).

7. Dans son rapport d'évaluation du 17 janvier 1997, la Fondation PRO a indiqué que l'assurée avait été intégrée dans l'atelier d'électricité, soit dans un nouveau secteur qu'elle ne pouvait associer à un échec précédent. Sur un temps de travail partiel adopté pendant un mois au début de la mesure, elle avait obtenu un rendement-temps très bon. Par contre, sur un plein temps de travail, son rendement-temps baissait, elle se déconcentrait, et se plaignait de maux de tête. La fatigue au niveau psychique semblait suffisamment importante pour provoquer des trous de mémoire sur les marches à suivre, pourtant connues depuis le début de son activité. Sur des activités requérant de la concentration, elle terminait la semaine à mi-temps, épuisée. Une fragilité psychique et une tendance à s'auto-saboter semblaient expliquer ses limitations. Les tentatives de retravailler à plein temps lui avaient permis de se rendre compte qu'un tel horaire était illusoire, y compris sur des activités simples, ne demandant pas de concentration, en raison d'un état de fatigue et de céphalées, lesquels étaient probablement dus au manque de confiance en elle et à la pression qu'elle se mettait pour éviter de faire des erreurs. Tout au long de la mesure, des phases maniaco-dépressives n'avaient toutefois pas été constatées. L'origine de ses troubles psychiques remontait à l'enfance ; elle était rejetée par sa famille, battue par sa mère, et « ballottée » d'un foyer à l'autre, où il lui était réservé le même traitement qu'à la maison. Elle avait accumulé un retard scolaire important, et était dénigrée par ses camarades. Elle avait ainsi vécu dans des circonstances qui n'étaient pas favorables au développement d'une personnalité structurée ni équilibrée.

La Fondation PRO a conclu qu'en apparence, une « capacité de travail entière sur un mi-temps » dans des activités simples liées à l'industrie légère semblait possible. En revanche, en réalité, l'assurée ne pouvait affronter la moindre contrariété ou remarque de la part de ses collègues ou supérieurs au risque de déstabiliser son équilibre psychique très précaire, si bien qu'elle s'infligeait des efforts de concentration au-dessus de ses moyens afin de donner satisfaction. Ce faisant, après quelques heures, son cerveau ne supportait plus aucune sollicitation, étant trop mis à contribution de façon malsaine. Dans ces circonstances, il était essentiel de ne pas la confronter aux impératifs du milieu économique ordinaire, de sorte que la Fondation PRO proposait à l'OAI un emploi au sein de ses ateliers, afin qu'elle évoluât dans un milieu rassurant et stabilisateur, et diminuât ses manifestations somatiques d'un trouble essentiellement psychique.

8. Dans son rapport du 3 février 1997, le service de réadaptation de l'OAI s'est rallié aux conclusions du rapport précité de la Fondation PRO. L'assurée était, en

conséquence, intégrée dans un des ateliers protégés de cette entité, à mi-temps, et percevait un salaire de CHF 9.- de l'heure.

9. Par décision du 11 décembre 1997, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière, dès le 1^{er} juin 1996, basée sur un taux d'invalidité de 78%, après avoir comparé un revenu sans invalidité de CHF 42'900.- et un revenu avec invalidité de CHF 9'374.40 (équivalant au salaire annuel que l'assurée toucherait à mi-temps au sein de la Fondation PRO).
10. Dans le cadre de la première révision de rente, initiée par l'OAI en février 1999, le Dr C_____ a mentionné, dans son rapport du 4 novembre 1999, que l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Outre les diagnostics déjà posés dans les rapports médicaux précédents, il a ajouté une fibromyalgie, apparue fin janvier 1997 (dont le nombre de points douloureux fluctuait entre 14 et 18 points sur 18). L'assurée était définitivement incapable de travailler en dehors d'un atelier protégé.
11. Dans son rapport du 10 octobre 2001, le Dr C_____ a mentionné que, malgré « l'expression de beaucoup de prudence de ma part (...), la malade reste très motivée pour accomplir une réinsertion professionnelle. Dans ces conditions, je pense qu'il est justifié de lui offrir cette chance à Madame A_____, qui est non seulement motivée, mais encore intelligente ». Le médecin a également ajouté dans son rapport du 16 octobre 2001 : « [l']évolution est actuellement très favorable à tous les points de vue, ce qui permet d'encourager des mesures de reconversion professionnelle ».
12. Dans son rapport du 2 avril 2004, le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et nouveau médecin traitant (à la suite du décès du Dr C_____), a posé le diagnostic d'un état dépressif chronique avec fibromyalgie et céphalées tensionnelles. Toutes les tentatives de traitement antérieures avaient échoué. L'assurée présentait des douleurs musculaires et articulaires diffuses en rapport avec la fibromyalgie. Elle disposait d'une capacité de travail de 50% dans un travail adapté et léger, tel que sur un ordinateur. Elle avait déclaré au médecin qu'elle avait pratiqué l'infographie dans les ateliers protégés de la Fondation PRO, sans être gênée par ses pathologies. La question d'une réadaptation professionnelle se posait, selon le médecin, dans ce type de domaine.
13. Dans son rapport du 6 mai 2004, le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin-conseil auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Jura, a noté que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif et d'une fibromyalgie. Ses médecins traitants avaient recommandé des mesures d'ordre professionnel au vu de l'amélioration de son état de santé. Le Dr H_____ était par contre « assez sceptique au vu de son passé ». Il a néanmoins proposé qu'un conseiller étudie les possibilités d'une telle mesure.
14. Dans son rapport du 1^{er} juin 2004, le service de réadaptation de l'OAI a, après avoir eu un entretien avec l'assurée, considéré que, compte tenu des progrès qu'elle avait

accomplis, de sa motivation et des données médicales, une réinsertion sur le marché économique normal à 50% était envisageable.

15. Par communication du même jour, l'OAI a accordé à l'assurée un reclassement professionnel et pris en charge les frais des cours dispensés dans le cadre de la Fondation pour la formation des adultes à Genève (ci-après : IFAGE) pour la préparation du certificat webdesigner du 17 mai au 1^{er} juillet 2004, ainsi que pour la préparation du certificat d'infographie du 2 août au 17 septembre 2004.
16. Ayant brillamment réussi ladite formation, et afin qu'elle puisse préparer un diplôme de « graphic design », reconnu comme un certificat fédéral de capacité, l'OAI a, par communication du 19 août 2004, pris en charge, au titre de reclassement professionnel, des cours de graphisme dispensés dans le cadre de l'IFAGE du 4 octobre 2004 au 3 janvier 2005.
17. Par communication du 4 janvier 2005, l'OAI a également pris en charge les coûts d'un stage pratique auprès de la société I_____ du 6 janvier au 28 février 2005 et les frais d'un cours « flash design » auprès de l'IFAGE du 17 mai au 1^{er} juillet 2005.

Selon I_____, l'assurée s'était avérée compétente, dévouée, pleine d'initiative, « possédant de très bonnes armes pour exercer une activité dans le métier ». Elle avait effectué un travail qualifié et professionnel, « illustrant bien les différentes compétences et polyvalence obtenues » (cf. rapport de réadaptation de l'OAI du 26 avril 2005).

À l'échéance de sa formation, l'assurée a obtenu les certifications nécessaires à l'obtention de son diplôme de « graphic design ».

18. Par décision du 26 août 2005, l'OAI a procédé à une comparaison des gains, au terme des mesures de reclassement, et considérant une exigibilité de 50%, diminué la rente entière à une demi-rente, fondée sur un degré d'invalidité de 52%, dès le 2 juillet 2005, étant relevé qu'une réduction supplémentaire de 10% était opérée, du fait que seule une activité partielle et moins bien rémunérée était exigible.
19. Lors de la seconde révision intervenue en septembre 2007, l'OAI a recueilli les renseignements auprès du docteur J_____, spécialiste FMH en médecine générale et nouveau médecin traitant. Celui-ci a fait état, dans son rapport du 9 novembre 2007, des diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : hernie discale L5-S1 médian avec conflit depuis 1987 ; céphalées avec fatigue cérébrale, manque de concentration, dyslexie et dyspraxie depuis 1990 ; crises de migraine depuis 1990 ; sinusite chronique avec déviation du septum nasal depuis 1990 ; asthme bronchial depuis 1990 ; maladie de Scheuermann avec spondylose dorsale et des lombalgies chroniques depuis 1990 ; fibromyalgie avec des douleurs musculaires et articulaires diffuses depuis 1990 ; angoisses, anxiété généralisée depuis 1990. Le médecin a posé les diagnostics suivants, sans répercussion sur la capacité de travail : sevrage tabac depuis 2007 ; rhume des foins ; insomnies ; allergie à la pénicilline ; côlon spastique ; utérus fibromateux ; intolérance au lactose.

L'assurée présentait une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} janvier 2003. Son état de santé était stationnaire. Le bilan pneumologique réalisé avait mis en évidence une capacité vitale pulmonaire diminuée suite à un asthme bronchial et un tabagisme pendant une décennie. Concernant les lombalgies chroniques, elle prenait des médicaments antalgiques qu'elle supportait bien. Elle avait des difficultés à se concentrer après un certain nombre d'heures de travail devant son ordinateur. Elle était très sensible à la poussière qui provoquait des crises d'asthme ou des douleurs dans les yeux. Le praticien a conclu que l'assurée ne devait pas travailler au-delà de 50% ; le pronostic était mauvais.

20. Par communication du 13 novembre 2007, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait examiné son degré d'invalidité, et constaté que celui-ci n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuait donc de bénéficier de la même rente.
21. Après avoir travaillé à temps partiel à compter du 1^{er} février 2008 au sein des ateliers des Établissements publics pour l'intégration (EPI), l'assurée a été employée auprès de K_____ LTD en qualité d'agente de sécurité du 1^{er} septembre 2010 au 30 novembre 2012, d'où elle a été licenciée. Le 1^{er} décembre 2012, elle s'est inscrite au chômage à un taux d'activité de 50% (cf. courrier de l'office cantonal de l'emploi du 13 décembre 2012).
22. Le 3 octobre 2010, à l'occasion de la troisième révision initiée en septembre 2012, l'assurée a complété un questionnaire, déclarant que son état de santé s'était aggravé depuis 2010, car les douleurs étaient plus fréquentes. Elle a joint divers certificats médicaux établis par le Dr J_____, attestant une incapacité de travail totale : en 2010 : du 24 au 28 février, du 22 au 26 mars, du 31 mars au 6 avril ; en 2011 : du 14 au 25 janvier, du 31 janvier au 14 février, du 29 mars au 3 avril, du 9 au 19 juin, du 31 juillet au 7 août, du 22 au 30 septembre, du 11 octobre au 20 novembre, du 26 au 30 décembre ; en 2012 : du 26 janvier au 26 février et du 30 août au 23 septembre.

En outre, dans le certificat du 3 février 2011, le Dr J_____ a signalé l'impossibilité pour l'assurée de travailler au-delà de quatre heures par jour, compte tenu de ses problèmes médicaux.

23. Lors d'un entretien téléphonique du 15 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre.
24. Dans son rapport du 3 décembre 2012, le Dr J_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2010, en raison d'une hernie discale C5-C6 gauche en conflit. La capacité de travail était évaluée à 50% dans l'activité d'agente de sécurité, et à 50% dans une activité adaptée, respectant les limitations fonctionnelles suivantes : alterner les positions debout et assise, ne pas travailler plus de quatre heures par jour, éviter le froid et les courants d'air.

En annexe, figuraient notamment les pièces suivantes :

- un rapport du 23 juin 2008 du docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, en rapport avec une tomodensitométrie axiale computerisée du massif facial antérieur, laquelle ne révélait pas de signe de sinusite aiguë ou chronique ;
 - un rapport du 14 août 2008 du docteur M_____, spécialiste FMH en neurologie. L'examen neurologique était normal ; aucun élément objectif de trouble de l'équilibre n'était mis en évidence. Le médecin avait l'impression que les plaintes de l'assurée (vertiges permanents et fluctuants, avec des nausées et parfois des vomissements) s'inscrivaient dans le contexte de fatigue et de fibromyalgie globale ;
 - un rapport du 28 août 2009 de la doctoresse N_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, laquelle écrivait que l'examen de la motricité oculaire intrinsèque et extrinsèque était dans les normes ;
 - un rapport du 11 mai 2010 de la doctoresse O_____, spécialiste FMH en radiologie, en lien avec une imagerie à résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale, réalisée le même jour. Elle a constaté une petite hernie discale sous-ligamentaire C5-C6 paramédiane et à l'entrée du canal radiculaire à gauche, pouvant créer un conflit avec la racine C6 à gauche, ainsi qu'une anomalie de signal du processus épineux de D4 évoquant un angiome actif « éventuellement à contrôler par CT en coupes fines » ;
 - un rapport du 31 octobre 2011 du Dr M_____, dans lequel le médecin a noté que l'assurée se plaignait de douleurs diffuses et de cervicalgies, ainsi que de troubles sensitifs distaux des membres supérieurs avec fourmillements et engourdissement assez diffus, prédominant aux derniers doigts et remontant à l'avant-bras. L'examen clinique montrait un syndrome vertébral cervical. L'examen neurologique était, au surplus, normal. Un syndrome du tunnel carpien, une neuropathie cubitale au coude ou une atteinte nerveuse périphérique étaient exclus. Aucun lien n'existait entre la petite hernie discale décelée dans l'IRM de 2010 ou le probable angiome du processus épineux de D4 et la symptomatologie sensitive ;
 - un rapport du 4 juillet 2012 du docteur P_____, spécialiste FMH en radiologie, en lien avec une IRM cérébrale du 29 juin 2012. Il a relevé que l'examen était dans les limites de la normale pour l'âge, retrouvant une image extra-axiale de signal correspondant à une calcification dont les angles de raccordement évoquaient en priorité un méningiome calcifié.
25. Dans son rapport du 18 janvier 2013, la doctoresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de maladie de Scheuermann dorsale, d'une scoliose dorsale, d'une fibromyalgie, et de douleurs musculaires diffuses. Les douleurs de l'assurée lui empêchaient toute forme de travail physique.

26. Dans une note du 18 février 2013, la doctoresse R_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, et médecin du service médical régional AI (ci-après : SMR), s'est référée au rapport du Dr J_____ du 3 décembre 2012, ainsi qu'au résultat du test de personnalité réalisé en 1996. Le nouveau diagnostic consistait en une hernie discale cervicale depuis 2010. La capacité de travail était de 50% dans toute activité. Les limitations fonctionnelles étaient : « alternance des positions, port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement en porte-à-faux tronc et nuque, pas de travail dans le froid, pas de stress ». Ledit médecin a spécifié que l'assurée avait longtemps travaillé en ateliers protégés et qu'il ne fallait pas s'attendre à une amélioration, « même en l'absence de prise en charge psychiatrique ».
27. Par communication du 26 février 2013, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente.
28. Par courrier du 7 novembre 2014, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était détérioré, et a demandé s'il était possible de réviser son taux d'invalidité.
29. Dans son courrier du 15 décembre 2014, le Dr J_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Il a joint les rapports médicaux suivants :
- les rapports des 27 novembre et 11 décembre 2014 du docteur S_____, spécialiste FMH en rhumatologie, retenant une fibromyalgie (15 points douloureux sur 18). Les douleurs n'avaient pas changé de caractère, mais devenaient de plus en plus sévères, présentes durant la journée et la nuit. Elles provoquaient depuis environ vingt ans d'occasionnels réveils nocturnes. Elle avait de nombreuses allergies médicamenteuses, le traitement comportant du Paracétamol n'avait pas eu d'effet antalgique. Le médecin recommandait de pratiquer une activité physique régulière, et quelques séances de physiothérapie en eau chaude ; les traitements médicamenteux étaient généralement peu efficaces;
 - un rapport du 16 mai 2014 du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), mettant en évidence des difficultés de lecture et d'écriture, lesquels anamnestiquement remontaient à l'enfance, dénotant un trouble du développement de type dyslexie/dysgraphie. Au surplus, l'examen neuropsychologique était dans la norme, hormis quelques très discrets troubles exécutifs affectant l'inhibition, pouvant être en lien avec le syndrome douloureux chronique (fibromyalgie et céphalées), associé à des troubles du sommeil et à un état anxieux. Sous l'anamnèse, le médecin a noté que l'assurée effectuait un stage de quatre heures par jour en tant qu'employée de bureau. Elle avait l'impression que son cerveau était « surchargé », elle se perdait souvent dans ses pensées (« déconnexion »), par exemple, elle ne savait plus comment utiliser le clavier de l'ordinateur. Le méningiome ressortant de l'IRM pouvait expliquer les épisodes de « déconnexion » que signalait l'assurée. Sur le plan neurologique, elle décrivait des céphalées holocrâniennes de type constrictives, estimées à 8/10. Au niveau du comportement, elle évoquait des

« bouffées d'angoisse », notamment quand elle voyageait en bus, « [elle] ne savait pas où [elle] allait ».

30. Par avis du 29 juillet 2015, le SMR, se fondant sur les rapports précités, a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas modifié.
31. Dans un projet de décision du 21 août 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière, au motif que l'aggravation de l'état de santé n'était pas rendue plausible.
32. Par courrier du 1^{er} septembre 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Elle s'est exprimée comme suit : « [d]epuis la décision du 7 septembre 2005 d'une rente de 52% concernant des céphalées et des troubles de la concentration, d'autres complications de santé se sont déclarées m'empêchant de poursuivre une activité professionnelle. Je vis avec des douleurs 24h sur 24, causées par mes céphalées toujours présentes, de la fibromyalgie et des problèmes aux cervicales, ainsi que de l'insomnie et des confusions mentales. Plusieurs traitements médicaux m'ont été prescrits sans succès, j'ai même dû arrêter la morphine que je finissais par vomir ainsi que ses dérivés, il ne me reste plus que le panadol comme analgésique que je commence à ne plus supporter également ».

Outre les rapports susmentionnés des Drs S_____, J_____, O_____, P_____, M_____, N_____, L_____ et des HUG, étaient joints à son opposition :

- le rapport du 18 octobre 2011 de la Dresse O_____, en lien avec une IRM cérébrale effectuée le même jour, concluant à une discrète atrophie corticale fronto-temporale et à une calcification extra-axiale temporale gauche, à reconstrôler dans les six mois ;
 - le rapport du 8 juillet 2013 du Dr L_____, indiquant que la radiographie de la colonne cervicale de face-profil et dynamiques flexion-extension avait mis en évidence une scoliose à convexité droite avec une lordose physiologique diminuée, un discret glissement antérieur de C2 en position neutre, en flexion et qui régressait en extension, un bec ostéophyttaire antérieur en C3-C4 et C6-C7 avec discopathie modérée C6-C7, et une discrète arthrose des facettes articulaires postérieures ;
 - le rapport du 15 juin 2015 de la doctoresse T_____, spécialiste FMH en radiologie, établi à la suite d'une IRM cérébrale réalisée le même jour, relevant que la lésion extra-axiale front-temporale gauche était de taille normale, compatible avec un méningiome calcifié.
33. Par courrier du 14 septembre 2015, le Dr J_____ s'est basé sur les rapports des 16 mai et 27 novembre 2014, et indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, compte tenu d'une fibromyalgie douloureuse de 15 points sur 18, de cervicalgies chroniques, de douleurs musculo-squelettiques diffuses dans les quatre membres liées à une dégénérescence arthrosique de la colonne vertébrale, d'une dégradation des difficultés attentionnelles avec des sensations de déconnexion, des difficultés de lecture, de calculs et d'écriture, des céphalées holocrâniennes de type constrictives

estimées à 8/10 et d'un syndrome douloureux chronique, associé à des troubles de sommeil et à un état anxieux. Le médecin a préconisé la mise en œuvre d'une expertise neuropsychiatrique et rhumatologique.

Il a par ailleurs joint le rapport du 23 mai 2014 du Dr M_____, aux termes duquel l'assurée avait raconté qu'il lui était impossible de rester concentrée pour l'écriture, la prise de données sur l'ordinateur, et la lecture, ce qui augmentait les céphalées. Selon le médecin, l'assurée présentait des céphalées dans un contexte de fibromyalgie. Les problèmes cervicaux et lombaires étaient modérés. L'IRM cérébrale était normale, hormis un petit méningiome calcifié, qui n'était pas évolutif, et qui était sans rapport avec la symptomatologie.

34. Par avis du 16 mars 2016, le SMR a estimé qu'aucun élément nouveau ne modifiait son appréciation précédente.
35. Par décision du 18 mars 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
36. Par acte du 3 mai 2016, l'assurée a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire ou au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, et principalement, à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

Sur le fond, la recourante a exposé qu'il convenait de comparer son état de santé actuel à celui ayant donné lieu à la décision rendue en 2005 pour déterminer si une aggravation était survenue ; la dernière communication du 23 février 2013, aux termes de laquelle l'intimé maintenait le droit à une demi-rente, alors qu'il n'avait pas procédé à une expertise, ne constituait pas une base de comparaison déterminante. Elle a allégué qu'elle présentait de nombreux problèmes de santé tant physiques que psychiques, lesquels s'étaient aggravés. En particulier, la dernière expertise psychiatrique, datant de 1996, était ancienne, si bien qu'il paraissait indispensable de procéder à des investigations complémentaires au vu des rapports médicaux complémentaires produits.

37. Dans sa réponse du 1^{er} juin 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'appuyant sur les avis du SMR des 29 juillet 2015 et 16 mars 2016, il a estimé que les rapports médicaux produits par la recourante ne rendaient pas plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision d'octroi de prestations. La mise en œuvre d'une expertise n'était donc pas nécessaire ; dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations, l'examen se limitait au point de savoir si les pièces déposées, au moment où l'administration statuait, étaient pertinentes pour justifier ou non la reprise de l'instruction du dossier.
38. Dans sa réplique du 23 juin 2016, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Le rapport du Dr J_____ du 15 décembre 2014 et ses annexes, celui dudit médecin du 14 septembre 2015, ainsi que les rapports médicaux joints à son opposition faisaient état d'une aggravation de son état de santé avec de nouveaux diagnostics invalidants. En outre, elle a répété que la troisième révision initiée en

2012 ne reposait pas sur un examen matériel complet du droit à la rente, l'intimé s'étant contenté de recueillir l'avis du médecin traitant. Le dernier examen complet du droit à la rente remontait à la dernière expertise diligentée en 1996, de sorte qu'il convenait de comparer les faits tels qu'ils se présentaient à cette époque et les circonstances prévalant lors de la décision litigieuse.

39. Par écriture spontanée du 19 juillet 2016, la recourante a produit le rapport du Dr J_____ du 18 juillet 2016, aux termes duquel elle présentait un syndrome dépressif sévère, nécessitant un suivi psychiatrique et psychologique.
40. Dans sa duplique du 18 juillet 2016, complétée le 2 août 2016, l'intimé, se référant à l'avis du SMR du 16 mars 2016, a intégralement persisté dans ses conclusions. Il a ajouté que le rapport du Dr J_____ devait être écarté, celui-ci n'ayant pas été produit en procédure administrative.
41. Dans ses observations du 26 août 2016, la recourante a répété que le rapport du Dr J_____ du 15 décembre 2014 et ses annexes, ainsi que le rapport de ce praticien du 18 juillet 2016 démontraient l'aggravation de son état de santé, si bien que l'intimé aurait dû instruire le dossier.
42. Copie de cette écriture a été communiquée à l'intimé, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. a. 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), 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, dès lors que la décision attaquée est une décision rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Déposé dans les forme et délai prévus par la loi (art. 61 let. b LPGA; art. 89B LPA) le présent recours a été formé en temps utile, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a LPA).

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a, par ailleurs, qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

- c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.
2. Le litige consiste à déterminer si l'intimé était fondé à ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, en particulier si celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision pertinente.
3. a. Selon l'art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer les droits de ce dernier.

Ainsi, lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment 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. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.3 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt du Tribunal fédéral I.269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n. 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure.

b. 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).

c. Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification influant sur le droit aux prestations, il y a lieu de comparer 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), à savoir, plus précisément, de la dernière décision qui a reposé sur un examen matériel du droit au même type de prestation (notamment d'une rente), avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 consid. 5; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 3054 ss, not. 3067, 3094 ss). Une communication de prolongation de la rente (art. 74ter let. f RAI) peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

4. a. 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 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 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 (cf. ATAS/704/2016 du 7 septembre 2016 consid. 4c et les références citées).

b. 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C 959/2011 du 6 août 2012 consid. 4.3).

5. 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 auquel 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).
6. En l'occurrence, on observe, au préalable, que dans sa décision litigieuse du 18 mars 2016, l'intimé n'a pas statué sur le droit de la recourante à une rente. Il a uniquement refusé d'entrer en matière sur une nouvelle demande. Il s'ensuit que les conclusions de la recourante sont irrecevables dans la mesure où elle tendent au versement d'une rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral I.607/04 du 6 décembre 2005 consid. 1).
7. a. Cela étant dit, il convient de déterminer le point de départ temporel pour l'examen du caractère plausible de la nouvelle demande de prestations, déposée le 7 novembre 2014. À cette fin, on constate d'emblée que les communications de l'intimé des 26 février 2013 et 13 novembre 2011, aux termes desquelles la recourante continuait à bénéficier d'une demi-rente d'invalidité, ne reposent pas sur un examen matériel du droit. Celles-ci ont, en effet, été émises par l'intimé sur la base des rapports des médecins traitants, sans instruction approfondie, alors même que de nouveaux diagnostics, soit notamment, une hernie discale C5-C6 gauche en conflit, et un méningiome calcifié, avaient été posés (cf. rapport de la Dresse O_____ du 11 mai 2010, et rapport du Dr P_____ du 4 juillet 2012). La recourante s'était vue reconnaître un droit à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 52% par décision du 26 août 2005. Cette dernière, n'ayant pas été attaquée, est entrée en force, de sorte que la chambre de céans ne peut pas revenir sur cette décision. Toutefois, dans la mesure où la procédure de révision consiste à comparer la situation au moment de la nouvelle demande avec celle qui prévalait lors de la dernière décision rendue de manière conforme au droit, il y a lieu de relever ce qui suit au sujet du rapport du 1^{er} juin 2004 du service de réadaptation de l'intimé, précédant l'octroi des mesures de reclassement professionnel, lesquelles ont ensuite conduit au prononcé de la décision du 26 août 2005.

b. Dans ce rapport, le service de réadaptation a estimé qu'au vu, notamment, de la motivation de la recourante et des données médicales, une réinsertion sur le marché économique à mi-temps était envisageable. Or, dans son rapport du 4 novembre 1999, le Dr C_____ avait noté que la recourante était définitivement incapable de travailler en dehors d'un atelier protégé. Si, dans son rapport du 16 octobre 2001, le praticien encourageait une mesure de reconversion, probablement en raison de la motivation de la recourante à intégrer le marché économique, dans son rapport du 10 octobre 2001, le Dr C_____ avait noté qu'il était réticent à une telle démarche (« malgré l'expression de beaucoup de prudence de ma part »). Dans son rapport du 6 mai 2004, le Dr H_____, médecin-conseil auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Jura, avait également manifesté son scepticisme. Qui plus est, le Dr C_____, et à la suite de son décès, le Dr G_____, avaient diagnostiqué une fibromyalgie (dont le nombre de points fluctuait entre 14 et 18 points sur 18) qui venait s'ajouter à l'état dépressif de la recourante, ainsi qu'à ses céphalées (cf. rapports des 4 novembre 1999 et 2 avril 2004). Nonobstant cela, avant de rendre sa décision du 26 août 2005, l'intimé n'a pas analysé les répercussions de cette nouvelle atteinte sur la capacité de travail de la recourante, et partant, sur sa capacité de gain, de sorte que cette décision ne peut être considérée comme une base de comparaison déterminante. L'appréciation du Dr G_____, dans son rapport du 2 avril 2004, selon laquelle la recourante présentait une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et légère, est irrelevante, puisque l'expérience au sein de la Fondation PRO avait permis de constater que la recourante, souffrant essentiellement d'un trouble psychique, était en mesure de pratiquer une activité uniquement à mi-temps, et sur cette base, elle avait été mise au bénéfice d'une rente entière le 11 décembre 1997. Force est ainsi de conclure que c'est au regard de la décision rendue en 1997 qu'il sied de déterminer si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé.

c. Depuis cette décision, outre la fibromyalgie, ont été diagnostiqués une hernie discale C5-C6 gauche en conflit (cf. rapport de la Dresse O_____ du 11 mai 2010) et un méningiome calcifié (cf. rapport du Dr P_____ du 4 juillet 2012). Dans sa note du 18 février 2013, le SMR avait retenu les limitations fonctionnelles suivantes : « alternance des positions, port de charges limité à 5 kg, pas de mouvement en porte-à-faux tronc et nuque, pas de travail dans le froid, pas de stress », et ajouté qu'il ne fallait pas s'attendre à une amélioration, la recourante ayant longtemps travaillé en ateliers protégés. Or, sans avoir même examiné si ces faits nouveaux étaient susceptibles d'entraîner une modification de la capacité de gain de la recourante, l'intimé a par communication du 26 février 2013 maintenu le droit à une demi-rente. À l'appui de sa nouvelle demande du 7 novembre 2014, la recourante a produit le rapport du Dr S_____, lequel a relevé que les douleurs (fibromyalgie) devenaient de plus en plus sévères, et étaient présentes tant durant la journée que la nuit. Elle avait de nombreuses allergies médicamenteuses et le Paracétamol n'avait pas eu d'effet antalgique. De plus, bien que le Dr M_____ ait relevé que le méningiome calcifié était sans rapport avec les céphalées (cf. rapport

du 23 mai 2014), le service de neurologie des HUG a indiqué qu'il pouvait expliquer les épisodes de « déconnexion » décrites par la recourante : elle avait l'impression que son cerveau était « surchargé », elle ne savait plus comment utiliser le clavier de l'ordinateur, elle ne savait pas où elle allait lorsqu'elle voyageait en bus, elle était anxieuse (cf. rapport du 16 mai 2014). Force est ainsi de constater que la fibromyalgie, la hernie discale C5-C6 gauche en conflit, et le méningiome calcifié n'étaient pas des affections déjà effectivement prises en compte au moment de la décision du 11 décembre 1997. Compte tenu de ces éléments, l'aggravation de l'état de santé de la recourante est à tout le moins plausible, justifiant que intimé soit tenu d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, et d'ouvrir une instruction pour éclaircir ces points.

d. Enfin, la chambre de céans n'a pas tenu compte du rapport du 18 juillet 2016 émanant du Dr J _____, aux termes duquel la recourante présentait un syndrome dépressif sévère, nécessitant un suivi psychiatrique et psychologique (alors qu'en octobre 2012, elle avait informé l'intimé qu'elle n'était pas suivie par un psychiatre). En effet, seuls les documents existant au moment où l'intimé a statué le 18 mars 2016 entrent en ligne de compte pour examiner s'il convient d'entrer en matière sur la demande. Cela étant, au vu du renvoi de la présente cause à l'intimé, il incombera d'entrer en matière et d'instruire la situation de la recourante pour rendre une décision sur la base de faits dûment actualisés. L'intimé devra donc notamment inviter la recourante à déposer ses moyens de preuve, soit les rapports des médecins assurant son suivi psychothérapeutique.

8. a. Le recours est donc admis, et la décision du 18 mars 2016 annulée. La cause est renvoyée à l'intimé afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations.

b. La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1^{bis} LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c. Représentée par un mandataire, et la recourante obtenant gain de cause, une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative, du 30 juillet 1986 [RFPA – RS/GE E 5 10.03]), indemnité qui sera arrêtée, en l'espèce, à CHF 1'000.-.

* * * * *

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 18 mars 2016.
4. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève afin qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Alloue à Madame A_____ une indemnité de procédure de CHF 1'000.-, à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève.
7. 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

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN_____

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le