
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1964, est enseignante et bénéficie d'une demi-rente d'invalidité en raison de troubles psychiques, suite à la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) du 16 octobre 2002.
2. En date du 30 septembre 2013, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations invalidité pour des troubles de la santé au niveau de la cheville droite.
3. Par décision du 11 février 2014, l'OAI a refusé d'entrer en matière.
4. L'assurée n'a pas recouru contre ladite décision.
5. En date du 7 mai 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité pour des troubles de la santé sous la forme d'une inflammation d'origine intestinale, apparue au printemps 2018 et qui faisait l'objet d'investigations.
6. Par courrier du 27 mai 2019, l'assurée a précisé à l'OAI qu'il s'agissait bien d'une nouvelle demande de sa part due « à un changement et à une aggravation de (son) état de santé » que les médecins cherchaient à soigner. Elle expliquait avoir demandé un deuxième avis médical et sollicitait l'octroi d'un délai de « plusieurs semaines » afin de communiquer « le maximum de rapports médicaux ».
7. En date du 18 juin 2019, l'OAI a reçu un courrier daté du 14 juin 2019 du docteur B_____, généraliste, qui exposait avoir été consulté par l'assurée le 5 juin 2019. Il exposait que sa patiente était « incapable de travailler et de fournir présentement les documents médicaux » à l'attention de l'OAI. Le médecin traitant concluait que si « tout se passait normalement », il pourrait fournir les documents médicaux à la fin du mois de juillet 2019.
8. Aucun document médical n'a été communiqué par l'assurée ou par le Dr B_____ à l'OAI.
9. Le 11 septembre 2019, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision de refus d'entrer en matière. Il était précisé que l'assurée disposait d'un délai de 30 jours pour faire valoir ses objections, par écrit ou oralement, moyennant la prise d'un rendez-vous. Passé ce délai, l'OAI informait l'assurée qu'une décision formelle serait notifiée. La motivation du refus d'entrer en matière était l'absence de modification notable de la situation personnelle ou professionnelle de l'assurée (pas de nouveau diagnostic, pas de nouvelle situation).
10. L'assurée n'a pas réagi au projet de décision.
11. En date du 17 octobre 2019, l'OAI a rendu une décision de non entrer en matière sur la demande de prestations déposée par l'assurée.
12. Le 23 octobre 2019, l'OAI a reçu un rapport médical du Dr B_____ daté du 15 octobre 2019. Le médecin traitant avançait un diagnostic de sévères troubles digestifs évoluant, depuis mars 2014 environ, et alléguait une perte de 20 kg depuis

le début de l'arrêt de travail datant de mai 2018. Selon lui, l'assurée souffrait d'un côlon irritable avec prédominance de diarrhées.

Une colonoscopie réalisée le 23 juin 2018 par le docteur C_____, gastro-entérologue, avait mis en évidence de multiples suffusions hémorragiques aspécifiques sinon iléo coloscopie dans les limites de la norme ischémique, colite post infectieuse et colite post antibiothérapie. Pour le surplus, l'iléo coloscopie était dans les limites de la norme.

La consultation réalisée le 1^{er} juillet 2019 par le docteur D_____, gastro-entérologue, ne retenait pas la présence d'une étiologie gastroentérologique spécifique.

Devant l'important retentissement clinique et compte-tenu des lésions décrites à la coloscopie du 23 juin 2018, le Dr B_____ avait souhaité avoir un deuxième avis et disait avoir présenté l'ensemble de son dossier au docteur E_____, gastroentérologue, le 5 août 2019. Ce confrère avait, selon le Dr B_____, confirmé le diagnostic et précisé que dans certaines de ces situations, il y avait d'importantes douleurs, des diarrhées et les saignements persistants pouvaient être source de limitations fonctionnelles.

13. L'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI, en date du 15 novembre 2019. Elle a conclu à l'octroi de mesures professionnelles lui permettant de conserver son emploi d'enseignante et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a motivé son recours par une incapacité de travail à 100%, depuis mai 2018, en raison d'un côlon irritable avec prédominance de diarrhée.
14. Dans une seconde écriture intitulée « complément de recours » et datant du 17 décembre 2019, la recourante s'est fondée sur le rapport médical du Dr D_____ pour justifier une péjoration de son incapacité de travail. Elle a également cité le rapport médical du Dr B_____ du 15 octobre 2019 comme établissant qu'elle ne parvenait pas à s'organiser et n'était ni autonome, ni endurante en raison des perturbations causées par son état de santé.
15. Dans sa réponse du 22 janvier 2020, l'OAI a relevé qu'en cas de nouvelle demande, la maxime inquisitoire ne s'appliquait pas et que l'examen se limitait aux pièces médicales transmises à l'administration avant que celle-ci ne prenne une décision. Aucune pièce médicale n'ayant été reçue entre le projet de décision et la décision querellée, il se justifiait de ne pas entrer en matière sur la demande de l'assurée.
16. Par réplique du 18 février 2020, la recourante a contesté l'état de fait retenu par l'OAI et a allégué que le rapport médical du Dr B_____ étant daté du 15 octobre 2019, l'intimé avait donc dû le recevoir avant le 17 octobre 2019, date de la décision, et aurait donc dû tenir compte du contenu du rapport médical avant de rendre une décision.

17. Par duplique du 12 mars 2020, l'intimé a confirmé que la date de réception du rapport du Dr B_____ était celle indiquée sur le timbre de réception, soit le 23 octobre 2019, ce qui justifiait le bien-fondé de la décision querellée.
18. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. La question litigieuse est celle de la réception de pièces médicales par l'OAI rendant vraisemblable l'aggravation de l'état de santé et la modification des droits de la recourante avant la décision de non entrer en matière.
4. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, 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 ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4 RAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 RAI modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 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'entrée 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. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

5. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - 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. ; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre 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 à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).
6. En l'espèce, la recourante n'a pas été en mesure de communiquer à l'intimé, avant que ce dernier ne prenne une décision, des pièces médicales qui rendaient vraisemblable la péjoration de son état de santé et une aggravation de son invalidité pouvant, de manière plausible, entraîner une modification de ses droits.

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le rapport du Dr B_____ n'est pas parvenu à l'OAI avant le 17 octobre 2019. Si le rapport en question est bien daté du mardi 15 octobre 2019, le timbre de réception qui est apposé par l'OAI sur le rapport porte la date du mercredi 23 octobre 2019.

La recourante qui allègue une augmentation de son invalidité et, partant, une augmentation du taux de la rente à laquelle elle aurait droit, a la charge de la preuve des faits qu'elle invoque.

La recourante a communiqué à l'OAI, un rapport de son médecin traitant le 23 octobre 2019, alors même que la décision avait été rendue par cette dernière en date du 17 octobre 2019.

Or, elle n'a pas été en mesure d'établir que le rapport médical du Dr B_____ avait été transmis à l'administration avant que cette dernière ne rende une décision.

Étant encore précisé que l'assurée avait écrit à l'OAI, au mois de mai 2019, pour indiquer qu'il lui faudrait plusieurs semaines avant de pouvoir fournir des rapports médicaux, que son médecin traitant avait estimé pouvoir envoyer lesdits rapports médicaux à la fin du mois de juillet 2019, que suite au projet de décision de non entrer en matière du 11 septembre 2019 – qui attirait l'attention de l'assurée sur l'urgence de faire parvenir les rapports médicaux en sa possession – ni celle-ci, ni son médecin traitant n'avaient réagi.

Alors même qu'un rapport de la colonoscopie avait été rédigé, le 23 juin 2018, par le Dr C_____ et qu'un rapport médical avait été rédigé, le 1^{er} juillet 2019, par le Dr D_____, aucun de ces deux documents – sur lesquels s'appuie pourtant le Dr B_____ – n'a été communiqué à l'OAI avant que la décision querellée ne soit rendue.

7. La chambre de céans considère comme établi que l'assurée disposait du temps nécessaire pour transmettre à l'OAI les pièces médicales avant que celui-ci ne rende sa décision de refus d'entrer en matière.
8. Partant, il convient de confirmer le bien-fondé de la décision rendue par l'intimé, soit le refus d'entrer en matière sur la demande de l'assurée.
9. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante, qui succombe, à un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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

Nathalie LOCHER

Philippe KNUPFER

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