

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/179/2018

ATAS/954/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 octobre 2018

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Dana DORDEA, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Le cas de Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1972, originaire de Mongolie, entrée en Suisse en 1997 et exerçant la profession de caissière à la B_____ depuis 2008, d'abord à 65% et dès le 1^{er} novembre 2014 à 50%, a été annoncé en détection précoce par le docteur C_____, médecin praticien FMH. Le rapport de détection précoce date du 26 octobre 2015.
2. Les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), service de neurochirurgie, ont diagnostiqué le 19 mai 2015 une discopathie dégénérative L4-L5 avec herniation discale médiane et paramédiane bilatérale à prédominance droite, et à titre de comorbidité active une hépatite B.
3. Selon le rapport du Dr C_____ le 7 avril 2015 à l'attention de la Swica, assurance d'indemnités journalières LCA, la cause exacte de l'incapacité de travail est une hernie discale L4-L5 droite. L'assurée ne peut pas marcher ni rester debout avec des « douleurs ++ ». Aucune activité ne peut être exigée pour le moment. La capacité de travail ne pourra pas être augmentée par une activité adaptée.
4. L'assurée a été hospitalisée à plusieurs reprises du 10 au 15 avril 2015 en raison de ces diagnostics au service de neurochirurgie des HUG.
5. Un contrôle clinique à six semaines après une microdiscectomie L4-L5 gauche pour une lombosciatalgie L5 gauche déficitaire a été effectué le 29 juin 2015 et un rapport rédigé le 2 juillet 2015. L'évolution clinique a été jugée satisfaisante avec une amélioration significative des douleurs par rapport en pré-opératoire, toutefois avec une persistance des épisodes de lombosciatalgie gauche dans le territoire L5 et les troubles sensitifs de type fourmillements au niveau de la face dorsale du pied.
6. La Swica assurance a interrompu le versement de ses indemnités journalières au 1^{er} octobre 2015.
7. L'assurée a déposé auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande visant à l'octroi de prestations AI le 7 septembre 2015, au motif qu'elle souffrait de lombalgies et d'une hernie lombaire.
8. Dans un rapport du 13 novembre 2015 adressé à l'OAI, le Dr C_____ a indiqué que la capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le 16 mars 2015, et dans une activité adaptée, entière, mais avec des restrictions, étant précisé que le début de l'aptitude à la réadaptation pouvait être fixé au 1^{er} novembre 2015. Le médecin se réfère au rapport du docteur D_____, rhumatologue FMH, établi le 5 novembre 2015 à la demande de la Swica assurance, selon lequel les diagnostics suivants ont été retenus :
 - lombalgie résiduelle chronique avec un léger déficit moteur L5 (dans une moindre mesure L4) gauche après une chirurgie discale L4-L5 le 21 mai 2015 ;

- douleurs de la face externe du membre inférieur gauche dans le cadre d'une tendinobursite du moyen fessier gauche ;
- probable syndrome hypermobilité articulaire bénigne ;
- hépatite B chronique.

Le Dr D_____ a exclu le diagnostic de fibromyalgie, n'ayant relevé que cinq points douloureux sur dix-huit. La capacité de travail comme caissière à 50% est complète. Il est toutefois possible qu'il y ait des recrudescences de sa sciatalgie gauche et éventuellement des lombalgies conduisant à des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à quelques semaines. Elle est limitée pour des ports de charges lourdes de plus de 5 à 10 kg de façon régulière, pour des mouvements répétitifs de la colonne lombaire, pour des travaux en porte-à-faux lombaire et pour des activités la conduisant à monter à pieds plusieurs étages par jour de façon régulière. Pour le moment, il lui est aussi difficile d'adopter des positions statiques debout ou assise plusieurs heures par jour. Sa capacité de travail est complète dans un emploi adapté s'il lui est possible d'avoir un emploi qui lui permette de changer régulièrement de position, de ne pas porter de charges lourdes, de ne pas effectuer de travaux nécessitant des mouvements répétitifs de la colonne lombaire, de ne pas travailler en porte-à-faux lombaire et de ne pas monter plusieurs étages d'escaliers à pieds. Dans son emploi actuel, elle a une capacité de travail complète, mais le fait qu'elle doive adopter des positions statiques prolongées debout ou assise peuvent conduire à des périodes d'incapacité de travail de quelques jours à quelques semaines et à une péjoration de la situation qui pourrait à terme modifier sa capacité de travail dans cet emploi.

9. L'OAI a informé l'assurée le 3 février 2016 que des mesures d'intervention précoce sous forme d'orientation professionnelle lui étaient accordées du 3 février au 30 mars 2016.
10. Par courrier du 4 février 2016, la Swica assurance a annoncé à l'assurée qu'elle avait requis une évaluation médicale psychiatrique sur son aptitude au travail auprès de la Clinique Corela, et qu'il en résultait une capacité de travail à 100% exigible depuis le 18 février 2016.
11. Le 11 février 2016, le Dr C_____ s'est étonné de ce que la Swica assurance ait demandé à la Clinique Corela une telle expertise, alors que sa patiente ne présente aucune pathologie psychiatrique et que l'arrêt de travail est motivé par des lombalgies sévères et invalidantes. Il conteste que sa patiente ait une capacité de travail à 100% depuis le 18 février 2016 et précise qu'il a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 29 février 2016 en l'état.
12. Le 23 février 2016, l'OAI a déterminé le degré d'invalidité. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 30'397.-, selon un taux d'activité de 50%, et un revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, de CHF 23'527.-. Il a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 11,30%.

13. L'OAI a considéré que l'assurée présentait un statut mixte dès lors qu'elle se consacrait à l'exercice d'une activité lucrative à 50%.

Une enquête économique sur le ménage a été menée le 21 juin 2016. Un taux de 23% d'empêchement dans la sphère ménagère a été retenu avec exigibilité de 12,5% pour son fils âgé de 16 ans en études au collège.

14. Dans une note du 10 octobre 2016, annulant et remplaçant celle du 23 février 2016, l'OAI a à nouveau procédé à la détermination du degré d'invalidité. Avec un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 26'195.- et un revenu annuel brut avec invalidité, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 10%, de CHF 24'325.-, le degré d'invalidité est de 7,14%.

15. L'OAI a transmis à l'assurée le 10 octobre 2016 un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au vu d'une incapacité de travail de 7,14%, d'une part, et d'un empêchement à accomplir les tâches ménagères de 23%, d'autre part, ce qui représente un taux d'invalidité de 15,07%.

Par décision du 21 novembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.

16. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 9 août 2017. Elle allègue souffrir d'une récurrence d'une hernie discale L4-L5 malgré l'opération du 21 mai 2015.

17. Le Dr C_____ a établi le 22 août 2017 un certificat qu'il a intitulé « signalisation d'aggravation de son état de santé ». Il a souligné les diagnostics suivants : persistance d'une protrusion discale L5 droite, pincement discal avec protrusion L4-L5 droite, en faisant état de l'IRM lombaire du 29 mai 2017 et un syndrome sacro-iliaque droit.

18. Dans une note du 5 octobre 2017, le médecin du SMR a considéré que le Dr C_____ n'apportait objectivement pas d'élément nouveau, dès lors qu'il se bornait à dire que l'assurée présentait une aggravation et se plaignait de lombalgies paralysantes. Il en a conclu que l'aggravation n'avait pas été rendue plausible.

19. Le 13 octobre 2017, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière.

20. L'assurée s'est opposée à ce projet le 6 novembre 2017. Elle indique que son état de santé, qui s'était pourtant amélioré au point de lui permettre de reprendre une activité lucrative à 100% en novembre 2015, s'était fortement aggravé. Elle s'était en effet rendue aux urgences des HUG le 29 mai 2017 et une IRM avait alors été réalisée. Elle se réfère au certificat du Dr C_____ du 22 août 2017 et à un rapport du 3 novembre 2017 de la doctoresse E_____ de la consultation du service de neurochirurgie des HUG, aux termes duquel

« - Concernant les cervicobrachialgies, territoire C7 G et du nerf Arnold à gauche, je recommande une IRM cervicale à organiser chez le Dr F_____.

- Concernant les douleurs au niveau de la jambe G, pas de chirurgie mais traitement minimal invasif chez le Dr F_____ en cas de besoin, actuellement en réserve ».

Un rapport a été établi le 30 mai 2017 par le service de neurochirurgie des HUG suite à la consultation de l'assurée aux urgences le 29 mai 2017. Le diagnostic posé est celui de récurrence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite en conflit avec les deux racines L5 prédominant droite. La patiente présente une lombosciatalgie avec déficit sensitif en selle et hypotonie du sphincter anal avec perte d'urine depuis la veille au soir.

21. Le docteur G_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie hépatologie, a déclaré le 10 mars 2017 que l'hépatite B chronique dont souffre l'assurée présente un risque de récurrence certain et serait nettement majorée en cas d'injection de cortisone qu'il faut à tout prix tenter d'éviter.
22. Dans sa note du 18 décembre 2017, le médecin du SMR a considéré que l'aggravation n'était pas rendue plausible, même s'il y avait récurrence de la hernie. Les limitations fonctionnelles inhérentes n'avaient pas changé et, vraisemblablement, la capacité de travail adaptée non plus.
23. Par décision du 18 décembre 2017, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.
24. L'assurée, représentée par Maître Florian BAIER, a interjeté recours le 18 janvier 2018 contre ladite décision. Elle allègue que son état de santé s'est bel et bien aggravé et fait valoir à cet égard qu'elle souffre de nouvelles affections depuis 2017, soit :

- un pincement discal avec protrusion L4-L5 droite selon IRM du 29 mai 2017 et rapport du Dr C_____ du 22 août 2017

- une atteinte inflammatoire au niveau lombaire (L4-L5) de type Modic I avec récurrence de hernie discale médiane et paramédiane gauche selon rapport de la Dresse E_____ du 19 septembre 2017

- une déchirure de l'anneau discal fibreux sur la ligne paramédiane gauche selon rapport de la Dresse E_____ du 6 décembre 2017

Elle conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 9 août 2017.

L'assurée a complété son recours le 14 février 2018. Elle rappelle que lorsque la décision du 21 novembre 2016 a été rendue, ses douleurs lombaires s'étaient notablement améliorées dès le 1^{er} novembre 2015 grâce à l'opération de la hernie discale subie le 21 mai 2015. Elle avait alors, soit pu reprendre un travail à plein temps, soit fait des recherches en ce sens. Elle répète que son état de santé s'est aggravé dès le premier semestre de l'année 2017, compte tenu des atteintes suivantes :

- récurrence de hernie discale L4-L5 médiane avec conflit radiculaire en L5 (IRM du 30 mai 2017)

- accutisation de type Modic de grade I en L4-L5 avec dessiccation discale et pincement discal L4-L5 et L5-S1 (IRM du 19 septembre 2017),

- cervico-brachialgie C7 diagnostiquée par la Dresse E_____ le 3 novembre 2017 (IRM du 6 décembre 2017), qui montre un pincement discal avec dessiccation discale débutante C5-C6 doublée d'une volumineuse déchirure de l'anneau discal fibreux sur la ligne médiane gauche en conflit avec la racine C6 gauche,

et constate que ces nouveaux diagnostics ne sont même pas évoqués par le SMR dans son avis du 14 décembre 2017.

25. Dans sa réponse du 12 mars 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se réfère expressément aux avis du SMR des 5 octobre et 18 décembre 2017, selon lesquels l'assurée n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé par rapport à la précédente demande. Il considère par ailleurs que les nouvelles pièces médicales produites par l'assurée le 14 février 2018 ne doivent pas être prises en considération dans le cadre du présent litige, au motif que la question litigieuse se limite à savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession et fournis par l'assurée, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
26. Dans sa réplique du 12 avril 2018, l'assurée a reproché à l'OAI de n'avoir pas suffisamment instruit les faits, dans la mesure où le SMR admet qu'il y a effectivement une récurrence de hernie discale, mais nie que les limitations fonctionnelles et la capacité de travail aient changé. Elle souligne qu'elle ne souffrait pas au moment de la première décision d'une récurrence de hernie discale en L4-L5 opérée le 21 mai 2015 avec un conflit radiculaire en L5, d'une accutisation de type Modic de grade I en L4-L5 avec dessiccation discale et pincement discal en L4-L5 et L5-S1, et d'une cervico-brachialgie irradiant dans le territoire C7. Elle fait valoir que les certificats des Drs C_____ et H_____ des 12 et 16 février 2018 confirment le diagnostic des Drs C_____ et E_____, établis avant la décision litigieuse du 18 décembre 2017. Elle maintient dès lors ses conclusions.
27. Dans sa duplique du 7 mai 2018, l'OAI a également persisté dans sa position, considérant que les nouvelles pièces médicales produites à l'appui de l'écriture de l'assurée du 12 avril 2018 ne peuvent être prises en considération.
28. Le 30 mai 2018, l'assurée a rappelé que, selon la jurisprudence de la chambre de céans, un rapport médical doit être pris en considération, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminant, lorsqu'il a trait à la situation antérieure à cette date (ATAS/459/2017).
29. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 cum art. 30 LPGA, ainsi que 64 al. 2 et 89A et ss LPA) dans la mesure où il tend implicitement à l'annulation de la décision entreprise.
3. Le litige se limite au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée.
4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).

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

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).

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

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'article 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment où la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 et les références).

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

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

5. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).
6. a. En l'espèce, au vu des principes rappelés précédemment, l'état de santé de l'assurée au moment du dépôt de sa nouvelle demande du 9 août 2017, doit s'apprécier en fonction de ce qu'il était lorsqu'a été rendue la dernière décision en force ayant statué de manière complète sur ses droits en matière d'assurance-invalidité, soit en l'espèce sur la base de l'état du dossier lors de la décision du 21 novembre 2016.
b. Pour rendre cette première décision, l'OAI s'était fondé sur les rapports des Drs D_____ et C_____.

Le Dr D_____ avait retenu, le 5 novembre 2015, les diagnostics suivants :

- lombalgie résiduelle chronique avec un léger déficit moteur L5 (dans une moindre mesure L4) gauche après une chirurgie discale L4-L5 le 21 mai 2015 ;
- douleurs de la face externe du membre inférieur gauche dans le cadre d'une tendinobursite du moyen fessier gauche ;
- probable syndrome hypermobilité articulaire bénigne ;
- hépatite B chronique.

Selon le Dr C_____, la cause précise de l'incapacité de travail était, le 7 avril 2015, une hernie discale L4-L5 droite.

Il y a lieu de rappeler que l'assurée a subi une intervention le 21 mai 2015 et a pu reprendre une activité en novembre 2015.

c. À l'appui de sa nouvelle demande, l'assurée allègue souffrir

- d'une récurrence de hernie discale L4-L5 médiane avec conflit radiculaire en L5 (IRM du 30 mai 2017)

- d'une accutisation de type Modic de grade I en L4-L5 avec dessiccation discale et pincement discal L4-L5 et L5-S1 (IRM du 19 septembre 2017)

- d'une cervico-brachialgie C7 diagnostiquée par la Dresse E_____ le 3 novembre 2017 (IRM du 6 décembre 2017), qui montre un pincement discal avec dessiccation discale débutante C5-C6 doublée d'une volumineuse déchirure de l'anneau discal fibreux sur la ligne médiane gauche en conflit avec la racine C6 gauche.

L'assurée a par ailleurs produit le rapport établi le 30 mai 2017 par le service de neurochirurgie des HUG suite à une consultation aux urgences le 29 mai 2017, aux termes duquel elle présente une récurrence d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane droite en conflit avec les deux racines L5 prédominant droite, et une lombosciatalgie avec déficit sensitif en selle et hypotonie du sphincter anal avec perte d'urine depuis la veille au soir.

Le Dr C_____ a établi le 22 août 2017 un certificat qu'il a intitulé « signalisation d'aggravation de son état de santé ». Il a particulièrement fait état de l'IRM lombaire du 29 mai 2017.

L'assurée a enfin également produit trois rapports de la Dresse E_____ datés des 19 septembre, 3 novembre et 6 décembre 2017.

7. Le SMR considère que les rapports des Drs H_____ et C_____ des 12 et 16 février 2018, que l'assurée a transmis à la chambre de céans le 14 février 2018, ne doivent pas être pris en considération dans le cadre du présent litige.

L'assurée, se référant à un arrêt rendu par la chambre de céans (ATAS/459/2017), a quant à elle fait valoir qu'un rapport médical doit être retenu, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, lorsqu'il a trait à la situation antérieure à cette date. En réalité, dans le cas cité par l'assurée, il n'est pas question d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande de prestations, mais d'un rejet (cf. ATF 133 V 108 et ATF 117 V 198 consid. 3a). Il a alors été admis que le recourant pouvait produire en procédure contentieuse tout rapport médical postérieur à la décision litigieuse, pour autant qu'il serve à établir la situation médicale à la date de ladite décision, de sorte que le grief de violation du principe de non-discrimination n'avait pas à être examiné.

En l'espèce, s'agissant d'un refus d'entrer en matière, l'examen auquel doit procéder la chambre de céans doit se limiter à déterminer si l'assurée a rendu

plausible ou non l'aggravation alléguée de son état de santé, et ceci en fonction de l'état du dossier au moment où la décision litigieuse a été notifiée.

Il y a toutefois lieu de considérer que la question de savoir si les pièces médicales produites le 14 février 2018 peuvent ou non être prises en considération importe peu, dans la mesure où elles n'apportent aucun élément nouveau ; elles viennent au contraire confirmer et préciser les rapports précédents dont l'OAI disposait au moment de rendre sa décision refusant d'entrer en matière.

Les diagnostics relevés par le Dr H_____ le 16 février 2018 correspondent à ceux que relevaient les Drs C_____ et E_____ les 22 août, 19 septembre, 3 novembre et 6 décembre 2017, et ceux retenus par le Dr C_____ le 12 février 2018 se fondent notamment sur l'IRM du 6 décembre 2017.

8. Il s'avère ainsi que l'assurée souffre d'une récurrence de hernie discale et d'atteintes nouvelles au niveau du sacrum et des cervicales. On ignore en revanche quels en sont les effets sur la capacité de travail.

La question de savoir si l'assurée a rendu vraisemblable une aggravation de son état de santé peut quoi qu'il en soit être laissée ouverte. Cette aggravation serait en effet survenue le 29 mai 2017, lorsque l'assurée s'est rendue aux urgences (cf. également le certificat du Dr C_____ daté du 22 août 2017). Or, moins d'une année s'est écoulée entre cette date et celle à laquelle la décision a été rendue (art. 28 al. 1 let. b LAI). Aussi sa demande aurait-elle été, quoi qu'il en soit, prématurée.

Le recours sera donc rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
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

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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