

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1974/2009

ATAS/458/2010

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 29 avril 2010

En la cause

Madame M _____, p. a. Mme N _____ au Service des
tutelles d'adultes, GENÈVE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis 97, rue de Lyon, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Maria GOMEZ, Ju-
ges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1964, Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante) a travaillé en qualité de vendeuse pendant trois ans avant d'occuper des emplois temporaires et de connaître de longues périodes de chômage.
2. Le 23 novembre 1999, l'assurée a déposé une première demande de rente auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant des troubles psychiques et une obésité pathologique.
3. Par décision du 30 septembre 2003, l'OAI a rejeté sa demande au motif qu'aucune affection susceptible de diminuer durablement sa capacité de travail et de gain n'avait été mise en évidence. Cette **décision, entrée en force à l'échéance du délai d'opposition, a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :**
 - un rapport établi le 28 décembre 1999 par le Dr A_____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, faisant état d'un **état dépressivo-anxieux et d'une obésité pathologique** et expliquant que l'assurée se soumettait à une **psychothérapie depuis un tentamen, le 24 mars 1999**, et que son **état de santé était stationnaire ;**
 - un rapport établi le 20 juillet 2000 par la Dresse B_____, spécialiste en psychiatrie, retenant les diagnostics d'**état dépressif récurrent d'intensité variable**, de **troubles limites de la personnalité avec traits de comportement compulsif et dépendant** et d'**obésité**, mentionnant **un second tentamen en avril 2000 et qualifiant le fonctionnement de l'assurée durant l'année précédente de « variable » ;**
 - un rapport d'expertise rendu le 4 juillet 2003 par le Dr C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, concluant à une **obésité pathologique** (E66 selon la Classification internationale des maladies [CIM-10]), à un **trouble dépressif récurrent (F33.4) en rémission complète depuis septembre 2000** et à une pleine capacité de travail du point de vue psychique.
4. Le 19 novembre 2007, l'assurée a saisi l'OAI d'une nouvelle demande de rente en invoquant une obésité présente depuis 1980.
5. Le docteur A_____, dans un certificat daté du 17 juillet 2008, a confirmé que sa patiente souffrait d'une obésité morbide, dont il a indiqué qu'elle s'était aggravée puisque le poids de l'intéressée atteignait désormais 166 kg (pour une taille de 160 cm correspondant à un indice de masse corporelle [IMC] de 53).

6. Le dossier de l'assurée a été soumis au SMR qui, en date du 26 août 2008, après avoir rappelé que l'obésité ne constituait pas une cause d'invalidité en soi, a relevé que le rapport du médecin traitant était succinct et ne mentionnait pas de handicaps fonctionnels, de sorte qu'à défaut de renseignements complémentaires, il n'y avait pas lieu d'entrer en matière sur la nouvelle demande.
7. Interpellé par l'OAI, le Service des tutelles d'adultes a, par lettre du 6 novembre 2008, expliqué que l'assurée avait été mise sous tutelle en 2000 à sa propre demande, en raison de difficultés psychiques et de difficultés à gérer ses finances.
8. Le 24 octobre 2008, le docteur A_____ a établi un nouveau certificat attestant que sa patiente souffrait d'obésité morbide, de tachycardie et de diabète.
9. Invité à fournir des précisions, le médecin a exposé, dans une attestation du 29 janvier 2009, que l'obésité morbide entraînait une importante dyspnée à l'effort, même modéré, et des douleurs dorsales, lesquelles handicapait sa patiente dans l'accomplissement des tâches ménagères. Cela étant, il émettait l'avis qu'un examen complémentaire par l'assurance-invalidité serait utile.
10. Le 7 novembre 2008, l'assurée a répondu à un questionnaire servant à déterminer son statut. Elle a notamment déclaré qu'en bonne santé, elle aurait exercé sans attendre une activité lucrative dans les domaines de la vente ou de l'horlogerie, par intérêt personnel mais aussi pour des raisons financières.
11. Le 25 février 2009, le SMR a émis l'avis que l'état de santé de l'assurée demeurerait compatible avec des activités légères physiquement et qu'il n'y avait aucun nouvel élément sur le plan médical, de sorte qu'il fallait considérer que l'intéressée n'avait pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé depuis la dernière décision.
12. Le 11 mars 2009, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa nouvelle demande.
13. Par décision du 29 avril notifiée à l'assurée le 5 mai 2009, l'OAI a rejeté la nouvelle demande de prestations au motif qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'avait pas été rendue plausible.
14. Entre-temps, par courrier du 30 avril 2009, l'assurée a contesté ce projet. Le 6 mai 2009, l'OAI a accusé réception de cette contestation en relevant qu'elle lui avait été adressée plus de trente jours après son projet.
15. Par écriture du 4 juin 2009, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à l'annulation de la décision de l'OAI et au renvoi du dossier à ce dernier pour complément d'instruction.

La recourante invoque une violation de son droit d'être entendue. Elle reproche à l'OAI de n'avoir pas pris en considération sa contestation du 30 avril 2009.

Sur le fond, elle lui fait grief de s'être contenté de suivre l'avis péremptoire du SMR, dont elle relève qu'il ne mentionne pas ses problèmes de diabète et de tachycardie. La recourante soutient que l'OAI aurait dû demander un examen médical approfondi sur ces points.

16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 6 juillet 2009, a conclu au rejet du recours.

S'agissant plus particulièrement du grief relatif à une violation du droit d'être entendue de la recourante, l'intimé fait valoir qu'il peut y être remédié par le fait que les objections de l'assurée seront examinées par le Tribunal, lequel dispose d'un large pouvoir d'examen.

Quant au fond, l'OAI souligne que les pathologies attestées par le médecin traitant (obésité, dyspnée d'effort, diabète) ne sont nullement contestées par le SMR, mais que, dans la mesure où aucune aggravation n'a été mise en évidence en comparaison à la situation qui prévalait au moment où la décision précédente a été rendue, il n'y a pas lieu de modifier son appréciation, d'autant que les atteintes en question n'empêchent pas l'assurée d'exercer une activité sédentaire et légère physiquement.

17. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue en date du 15 avril 2010.

Le Dr A_____ a indiqué qu'il suit la recourante depuis une vingtaine d'années. Il a expliqué qu'après avoir perdu près de 40 kg à la fin des années 1990, sa patiente a repris beaucoup de poids lors de sa grossesse, en 2001 et qu'à la même époque, un diabète s'est également déclaré. En outre, la grossesse s'est accompagnée de complications cardiaques, sous forme de tachycardie.

Le témoin a souligné la motivation et la volonté de sa patiente de travailler. Il a précisé que ses difficultés pour retrouver un emploi s'expliquent par le fait qu'aucun employeur ne veut prendre le risque de l'engager alors même qu'elle est motivée pour cela et que cela, à son avis, « ne serait pas une mauvaise solution ».

Selon le médecin, sa patiente est limitée par une dyspnée d'effort et d'importantes douleurs dorsales ; elle souffre également au niveau des genoux, de sorte qu'elle ne pourrait conserver une position debout statique et que l'activité de vendeuse ne paraît pas adaptée. En revanche, une activité s'exerçant en position assise serait envisageable.

Interrogé par le Tribunal de céans, le témoin a indiqué que l'état de sa patiente était stationnaire depuis 2003. Il a ajouté que son diabète nécessitait un traitement mais qu'il était sous contrôle.

S'agissant de la capacité de travail de sa patiente, le médecin l'a évaluée à 50% en raison du fait que l'intéressée n'a plus travaillé depuis longtemps. Il a cependant admis que, dans une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant en position assise, il n'y aurait aucune contre-indication physique à ce qu'elle travaille à plein temps.

Quant à la recourante, elle a confirmé que, depuis 2003, son poids était resté plus ou moins stationnaire. Elle a expliqué que, malgré tous ses efforts, elle n'arrive pas à retrouver un emploi car les employeurs potentiels sont découragés par sa corpulence. Elle pense subir une discrimination à l'embauche en raison de son poids.

Elle a par ailleurs expliqué ne pouvoir envisager une opération gastrique en raison de ses problèmes cardiaques. En effet, lors de l'accouchement, la péridurale a suffi à provoquer une tachycardie.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1 et les références citées).

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 4 juin 2009 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Quant au fond, le litige porte sur la question de savoir si, depuis la décision de l'intimé du 30 septembre 2003, l'état de santé de la recourante s'est aggravé au point de lui ouvrir droit aux prestations et plus particulièrement à une rente d'invalidité.

Il convient cependant, en premier lieu, de se prononcer sur le grief relatif au droit d'être entendu.

5. a) À teneur de l'art. 57a al. 1^{er} LAI, en vigueur depuis le 1^{er} juillet 2006, l'office AI communique à l'assuré, au moyen d'un préavis, toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA.

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence toutefois, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).

Aux termes de l'art. 73^{ter} du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), les parties peuvent faire part à l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours (al. 1^{er}). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel. Si l'audition a lieu oralement, l'office AI établit un procès-verbal sommaire qui est signé par l'assuré (al. 2). L'art. 74 RAI prévoit ensuite que l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1^{er}). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2).

Enfin, l'art. 38 LPGA dispose que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1^{er}). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (al. 4 let. a).

b) En l'espèce, il apparaît que le projet de décision du 11 mars 2009 a été notifié à la recourante le 17 mars suivant. Le délai échouant à cette dernière pour faire part de ses observations a commencé ainsi à courir le 18 mars 2009. Pâques étant célébrée le dimanche 12 avril 2009, ledit délai a été suspendu du 5 au 19 avril inclusi-

vement. Le 4 avril étant le 18^e jour du délai, le 20 avril en était le 19^e. Le délai de trente jours est donc venu à échéance le vendredi 1^{er} mai 2009. Partant, les observations postées par la recourante le 30 avril précédent l'ont été dans le respect du délai et c'est à tort que l'OAI a rendu sa décision finale sans en attendre l'échéance. Ce faisant, il n'a pas pu tenir compte des observations valablement formulées par la recourante, et il a ainsi, *de facto*, violé son droit d'être entendue.

Cela dit, comme l'intimé le relève à juste titre, le Tribunal de céans dispose d'un large pouvoir d'examen, de sorte que la possibilité offerte à la recourante de s'exprimer pleinement dans le cadre de la présente procédure permet de considérer que cette violation de son droit d'être entendue a été réparée. Le Tribunal est en outre d'avis qu'il se justifie, par souci d'économie de procédure, de ne pas annuler la décision et renvoyer la cause à l'intimé pour ce seul motif, dès lors que l'examen du litige peut conduire à la même solution si le recours s'avère fondé.

6. a) Quant au fond du litige, on relèvera que lorsque la rente a précédemment déjà 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 ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 17 LPGA; art. 87 al. 3 et 4 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI]). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 68 consid. 5.2.3, 117 V 200 consid. 4b et les références).

b) Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b), ce qui est précisément le cas en l'espèce.

c) Lorsque l'administration entre en matière sur la nouvelle demande, elle doit examiner l'affaire au fond et vérifier que la modification de l'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue; elle doit donc procé-

der de la même manière qu'en cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA c'est-à-dire en en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b) afin d'établir si un changement est intervenu.

Si l'administration arrive à la conclusion que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis sa précédente décision, entrée en force, elle rejette la demande. Dans le cas contraire, elle doit encore examiner si la modification constatée suffit à fonder une invalidité ou une impotence donnant droit à prestations, et statuer en conséquence. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

7. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA).

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

8. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on

peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités).

Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

9. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité

de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

11. En l'espèce, le refus de l'intimé du 30 septembre 2003 reposait essentiellement sur les conclusions du rapport du Dr C _____, lequel avait conclu à une capacité de travail préservée sur le plan psychique, au vu de la rémission complète du trouble dépressif récurrent dont avait souffert l'assurée précédemment. Quant à l'obésité invoquée, l'intimé a rappelé qu'elle ne constituait pas en soi une cause d'invalidité.

Sur le plan psychique, aucune aggravation n'est invoquée par la recourante par rapport à la situation telle qu'elle se présentait au moment de la première décision de l'OAI.

S'agissant du diabète dont souffre l'intéressée, il s'est avéré qu'il est apparu antérieurement à la première décision de l'intimé, d'une part, qu'il est sous contrôle et n'entraîne aucune limitation de la capacité de travail, d'autre part.

Quant aux problèmes de poids rencontrés par l'assurée, il est apparu que la situation ne s'est pas non plus dégradée depuis 2003, ce qui a été confirmé par son médecin traitant et par la recourante elle-même. Les limitations alléguées, à savoir une dyspnée d'effort et des douleurs au niveau du dos et des genoux, sont les mêmes que celles qui prévalaient en 2003. Aucun handicap fonctionnel nouveau n'est survenu.

Il en découle que la conclusion à laquelle était arrivé l'intimé en 2003 - selon laquelle l'assurée restait capable d'exercer à plein temps une activité adaptée - reste d'actualité, ainsi que l'a d'ailleurs admis le Dr A _____. Le seul motif qui a conduit ce dernier à préconiser un temps partiel réside dans le fait que l'assurée est longtemps restée éloignée sur marché du travail, élément dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre.

De la même manière, la discrimination à l'embauche dont la recourante se dit victime ne saurait constituer un handicap au sens de l'assurance-invalidité.

Eu égard aux considérations qui précèdent, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé au point de lui ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

En conséquence de quoi, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (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

Yaël BENZ

Karine STECK

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