

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2333/2019

ATAS/1085/2019

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 novembre 2019**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o B\_\_\_\_\_, à THÔNEX

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges  
assesseurs**

---

## **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1967, originaire de Tunisie, est arrivée en Suisse en 1999 et a travaillé, en dernier lieu, comme agent de propreté à mi-temps aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), de juillet 2005 à février 2017.
2. Le 5 avril 2017, l'assurée, invoquant notamment des douleurs dans le bras gauche, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 4 octobre 2018.

L'OAI a considéré que l'assurée avait violé son obligation de collaborer à l'instruction en omettant de se présenter - à deux reprises - à une expertise bidisciplinaire, en dépit de sommations envoyées par plis recommandés. Les éléments figurant au dossier n'ayant pas permis à l'OAI de conclure à une quelconque invalidité, la demande de prestations était rejetée.

Cette décision a été rendue sur la base des éléments suivants, notamment :

- un rapport rédigé le 29 juin 2015 par le docteur C\_\_\_\_\_, expliquant que sa patiente souffrait de douleurs au coude gauche suite à un accident survenu le 26 février 2015 ; un suivi physiothérapeutique lui avait été prescrit ;
- un rapport établi en avril 2017 par le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, faisant état notamment d'un arrêt de travail du 11 avril au 17 avril 2014 ;
- un rapport rédigé le 30 juin 2017 par le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, diagnostiquant un trouble somatoforme douloureux persistant depuis juillet 2015, un trouble anxieux dépressif mixte depuis janvier 2017, ainsi que des douleurs résiduelles et persistantes du membre supérieur gauche (ci-après : MSG) depuis juillet 2015 ; selon lui, la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle était nulle ; en revanche, elle était de 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (c'est-à-dire permettant d'éviter les déplacements et tenant compte d'une mobilité réduite du bras gauche et de la colonne vertébrale) ; son rendement était également diminué, de 50% au moins ; selon le médecin, les douleurs trouvaient leur origine dans deux accidents de travail, survenus en 2011 (choc d'une porte métallique sur le coude gauche) et en février 2015 (choc sur le coude gauche en transportant des dossiers) ; il précisait que son pronostic aurait été plus favorable si l'assurée avait suivi les consignes et les thérapies conseillées ; la discontinuité des soins et le suivi médical interrompu avaient dû jouer un rôle défavorable depuis le début de l'incapacité ; un suivi

psychologique hebdomadaire et un traitement comprenant du Millepertuis avaient été prescrits ; des mesures de réadaptation professionnelle étaient préconisées ; le médecin précisait que son rapport devait être complété par des examens somatiques et des tests psychologiques ;

- un rapport d'évaluation d'intégration professionnelle du 14 juillet 2017 rédigé par la psychologue et conseillère en orientation de l'OAI, notant chez l'assurée un discours décousu ; l'assurée se plaignait notamment de maux de tête et évoquait divers problèmes de santé, notamment des fibromes ;
  - une note de la division d'intégration professionnelle du 11 septembre 2017 rédigée par la psychologue de l'OAI expliquant que l'assurée avait été en « arrêt accident » du 4 janvier au 6 mars 2016, puis en « arrêt maladie » du 7 mars 2016 au 28 février 2017, date à laquelle les rapports de travail avaient pris fin ;
  - un avis du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 9 octobre 2017 rédigé par la doctoresse F\_\_\_\_\_, préconisant une expertise bidisciplinaire comprenant un volet psychiatrique, avec des tests neuropsychologiques, et un volet rhumatologique, afin d'évaluer la capacité de travail depuis le 2 juillet 2015 ;
  - deux plis recommandés de l'OAI des 6 décembre 2017 et 19 janvier 2018, sommant l'assurée d'expliquer les raisons de ses absences aux rendez-vous d'expertise convenus avec les docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et d'en fixer de nouveaux ;
  - un avis SMR du 27 février 2018, rédigé par la doctoresse K\_\_\_\_\_, considérant que les deux absences de l'assurée aux rendez-vous d'expertise fixés ne pouvaient se justifier par des raisons médicales et préconisant de réinterroger le Dr E\_\_\_\_\_ afin de clarifier si les atteintes précédemment décrites dans son rapport étaient incapacitantes ou non ;
  - un courrier du Dr E\_\_\_\_\_ du 16 mars 2018 expliquant être sans nouvelles de l'assurée depuis l'été 2017 ; il expliquait que celle-ci l'avait contacté dans un moment de détresse psychologique importante (suspension de ses indemnités de perte de gain, absence de domicile fixe, de couverture d'assurance-maladie, de suivi médical et syndrome douloureux) ;
  - un avis SMR du 23 juillet 2018, rédigé par la Dresse K\_\_\_\_\_, répétant qu'il n'y avait pas d'explication médicale à l'absence de collaboration de l'assurée à l'expertise.
3. Par courrier du 29 novembre 2018, l'assurée a contesté la décision du 4 octobre 2018 auprès de l'OAI, en alléguant être « malade et dans l'incapacité totale de gérer ses affaires ».

Elle ajoutait que la poste rencontrait des difficultés avec son adresse puisque plusieurs courriers - dont celui auquel elle répondait - ne lui avaient jamais été

délivrés. Elle admettait toutefois ne pas avoir retiré un courrier du 19 janvier 2018, alléguant ne pas avoir été en mesure de le faire. Consciente de ses erreurs, elle affirmait que son état de santé ne lui permettait pas de faire mieux.

Au terme de son courrier, elle concluait à ce que l'OAI reprenne l'examen de son dossier.

4. Par pli du 4 décembre 2018, l'OAI a rappelé à l'assurée que sa décision de refus de prestations du 4 octobre 2018 pouvait faire l'objet d'un recours auprès de la Chambre des assurances sociales. Elle avait par ailleurs la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations en apportant de nouveaux éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé.
5. Par courrier du 7 janvier 2019, l'assurée a écrit à l'OAI, d'une part, pour l'informer du dépôt d'un recours auprès de la Cour de céans à l'encontre de la décision du 4 octobre 2018, d'autre part, pour déposer une nouvelle demande de prestations. Elle alléguait être suivie par le Dr E\_\_\_\_\_, dont elle a indiqué qu'il transmettrait son dossier à l'OAI, ainsi que de nouveaux éléments médicaux documentant une aggravation de son état de santé.
6. Par pli du 14 janvier 2019, l'assurée a fait parvenir à l'OAI une copie d'un courrier adressé par elle au Dr H\_\_\_\_\_ expliquant qu'elle n'avait pu se rendre au rendez-vous fixé car elle se trouvait hors de Suisse et sollicitant la fixation d'un nouvel entretien.
7. Le 21 janvier 2019, l'assurée a adressé à la Cour de céans, un courrier intitulé « demande de prestations du 05.04.2017 » dans lequel elle s'est contentée d'alléguer n'avoir « rien reçu » de la part de la Cour.  
  
Elle joignait à son courrier un bref certificat du 19 janvier 2019 rédigé par la doctresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, attestant de la présence d'un volumineux utérus fibromateux et d'une anémie.
8. Par pli du 23 janvier 2019, l'OAI a rappelé à l'intéressée que toute nouvelle demande de prestations devait être déposée au moyen du formulaire officiel, accompagné de nouveaux éléments médicaux susceptibles de rendre plausible l'aggravation de son état de santé.
9. Par pli recommandé du 28 janvier 2019, la Cour de céans a imparti un délai à l'intéressée pour régulariser son recours en indiquant quelles étaient ses conclusions et en exposant brièvement les faits et les motifs invoqués, l'avisant qu'à défaut, il serait déclaré irrecevable. Dans le même temps, elle était également invitée à exposer les motifs de la tardiveté de son recours.
10. Le 30 janvier 2019, l'intéressée a écrit à nouveau à l'OAI en s'étonnant que son dossier puisse être clôturé avant qu'elle n'ait été examinée par un expert-psychiatre. Elle disait avoir contacté l'expert pour fixer un nouveau rendez-vous et attendre sa réponse avant de redéposer éventuellement une nouvelle demande.

Pour le surplus, elle insistait sur la précarité de sa situation et disait avoir entrepris des démarches auprès de l'Hospice général.

11. Par arrêt du 14 février 2019, la Cour de céans a déclaré irrecevable le recours du 21 janvier 2019 pour cause de tardiveté et défaut de motivation.
12. Le 25 février 2019, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en invoquant une incapacité de travail à 50% en 2015.

Elle a notamment joint à sa demande un bref certificat médical rédigé par le docteur J\_\_\_\_\_, médecin généraliste et médecin traitant, confirmant que sa patiente avait besoin d'un traitement médical - sans plus de précisions - ainsi qu'un certificat médical du 19 janvier 2019 rédigé par la doctoresse I\_\_\_\_\_ et déjà produit à l'appui de sa première demande.

13. Par courrier du 27 février 2019, l'OAI a rappelé à l'assurée que le droit aux prestations sollicité avait déjà fait l'objet d'une décision définitive de refus de prestations en date du 4 octobre 2018.

Sa nouvelle demande devait établir de manière plausible que l'invalidité s'était modifiée depuis lors, de manière à influencer le droit aux prestations. Par conséquent, un délai de trente jours lui était accordé pour lui communiquer tout document médical en ce sens, à défaut de quoi une décision de non-entrée en matière serait rendue.

14. Le 6 mars 2019, l'assurée a complété sa demande, en précisant souffrir d'une « fatigue générale, de céphalées à répétition et de chutes de tension depuis 2007 ».
15. Le 10 avril 2019, l'OAI lui a adressé un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de refuser d'entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations faute de modification notable de la situation professionnelle ou médicale de l'assurée depuis la décision de rejet du 4 octobre 2018.
16. Par courrier du 8 avril 2019, reçu le 11 avril 2019 par l'OAI, le Dr J\_\_\_\_\_ a expliqué que sa patiente avait des « difficultés de compréhension en français » et des « problèmes d'organisation dans ses affaires ». Il a affirmé qu'elle souhaitait déposer une nouvelle demande et sollicitait, en son nom, la mise sur pied d'une expertise, notamment pour évaluer d'éventuels « problèmes psychiatriques », son niveau d'éducation ou ses fonctions cognitives.
17. Par pli du 30 avril 2019, l'OAI a imparti à l'assurée un ultime délai au 4 juin 2019 pour apporter tout élément médical susceptible de démontrer une aggravation plausible de son état.
18. Par courrier du 14 mai 2019, l'assurée a expliqué que plusieurs rendez-vous médicaux étaient en cours et que des éléments susceptibles d'aider à la « révision » de la décision parviendraient prochainement à l'OAI.

Elle ajoutait avoir trouvé un psychiatre sur les conseils de son médecin traitant.

Sa situation demeurait néanmoins très difficile, elle n'était pas en mesure de travailler, souffrait de douleurs la nuit - ce qui l'empêchait de dormir - et avait de la difficulté à se déplacer.

Un bref certificat médical du Dr J\_\_\_\_\_ daté du 1<sup>er</sup> mai 2019 constatant une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> mai au 31 mai 2019 - sans plus de précisions - était joint à son courrier.

19. Par courrier du 17 mai 2019, le Dr J\_\_\_\_\_ a argué qu'une expertise psychiatrique démontrerait sans doute une modification de la situation médicale de sa patiente, dont il a assuré qu'elle était prête à se soumettre à un examen.
20. Par décision du 4 juin 2019, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations, vu l'absence de modification notable.
21. Par courrier du 13 juin 2019 adressé à l'OAI et transmis par celui-ci à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée a contesté cette décision en alléguant être « gravement malade » et devoir subir prochainement « une lourde opération ».  
  
Elle joignait notamment à son courrier un certificat médical du 29 mai 2019 établi par le Dr J\_\_\_\_\_, constatant une incapacité de travail du 29 mai 2019 au 1<sup>er</sup> juillet 2019 pour maladie, sans plus de précisions.
22. Par courrier du 14 juin 2019, la recourante a informé l'OAI qu'un « rapport psycho-psychiatrique » lui parviendrait d'ici fin juin 2019 afin de compléter son dossier.
23. Par pli du 18 juin 2019, l'OAI a informé la recourante que ses courriers des 13 et 14 juin 2019 n'apportaient aucun élément susceptible de l'amener à modifier sa position.
24. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 9 juillet 2019, a conclu au rejet du recours du 13 juin 2019, faute d'éléments rendant plausible une modification de l'état de santé de l'assurée susceptible de modifier son droit aux prestations.
25. Le 27 août 2019, l'intéressée a adressé à l'OAI un courrier identique en tous points à celui du 14 mai 2019.
26. Dument convoquée en audience de comparution personnelle, la recourante a déposé au greffe la veille un certificat médical d'arrêt maladie depuis le 3 septembre 2019, pour une durée indéterminée – sans aucune précision.
27. Le 3 octobre 2019, la recourante a en outre déposé un bref document signé du Dr J\_\_\_\_\_, demandant qu'on l'appelle pour « toute information supplémentaire » (sic).
28. Sur quoi, 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Le recours adressé à une autorité incompétente est transmis d'office à la juridiction administrative compétente et le recourant en est averti. L'acte est réputé déposé à la date à laquelle il a été adressé à la première autorité (art. 64 al. 2 LPA).

Interjeté par l'assurée le 13 juin 2019 contre la décision du 4 juin 2019 auprès de l'OAI qui a transmis l'écriture à la Cour de céans le 19 septembre 2019, conformément aux principes légaux applicables, le recours doit être considéré comme interjeté en temps utile.

Cela étant, l'intimé fait remarquer que l'acte de recours ne contient ni exposé des faits, ni motifs, ni conclusions. Dès lors, il convient d'examiner à ce stade si l'on doit ou non considérer le courrier litigieux comme un recours recevable à la forme.

En l'espèce, dans son courrier du 13 juin 2019, la recourante « conteste » la décision du 4 juin 2019, de sorte qu'elle est ainsi désignée. Elle transmet notamment un certificat médical établi par le Dr J\_\_\_\_\_ le 29 mai 2019 « qui atteste de ses problèmes de santé » et dit être « gravement malade », au point qu'elle doive « subir prochainement une lourde opération ». Il y a lieu d'admettre que, par ces termes, la recourante conclut implicitement à l'annulation de la décision contestée. Le motif invoqué est la méconnaissance de son état de santé, soit une constatation inexacte ou incomplète des faits pertinents. Le recours comporte également l'indication de moyens de preuve dans la mesure du certificat médical produit à cette occasion.

---

Ainsi on peut considérer que l'acte de recours, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

4. Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de prestations déposée le 25 février 2019.
5. a. 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 (art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201).

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 ; ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004 consid. 4.1). 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).

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. 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 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

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 entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

c. 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). 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 1er 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. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (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 plausibles les faits allégués.

d. L'examen du juge se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités).

e. L'exigence relative au caractère plausible ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa).

6. En l'espèce, l'intimé a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que la recourante n'avait pas rendu plausible une modification de son invalidité susceptible d'influencer ses droits.

Au vu de la jurisprudence précisant la chronologie de l'examen de la nouvelle demande par l'administration, la Cour de céans doit se limiter à examiner si c'est à tort ou à raison que l'administration n'est pas entrée en matière. Il convient donc de vérifier si la demande de prestations satisfait aux exigences posées quant au caractère plausible d'une modification déterminante de l'invalidité (art. 87 al. 3 et 4 RAI).

La décision initiale rendue le 4 octobre 2018 niait à l'assurée le droit à toute prestation sur la base du dossier, les éléments versés à celui-ci ne permettant pas de conclure à une quelconque invalidité.

Dans sa nouvelle demande du 25 février 2019, l'intéressée a tout d'abord invoqué une incapacité de travail à 50% en 2015, puis complété sa demande, alléguant souffrir d'une fatigue générale, de céphalées à répétition et de chutes de tension depuis 2007.

À l'appui de cette demande, elle a produit divers certificats médicaux dont :

- un certificat du 19 janvier 2019 rédigé par la Dresse I\_\_\_\_\_ constatant un utérus fibromateux et une anémie ;
- un bref certificat daté du 1<sup>er</sup> mai 2019 attestant d'une incapacité de travail du 1<sup>er</sup> au 31 mai 2019, sans plus de précisions ;
- un certificat établi par le Dr J\_\_\_\_\_ le 29 mai 2019, attestant d'une incapacité de travail du 29 mai au 1<sup>er</sup> juillet 2019 pour « maladie », sans plus de précisions.

Invitée à apporter tout élément médical susceptible de modifier le point de vue de l'office (cf. courrier du 30 avril 2019), la recourante l'a d'abord informé que des pièces médicales susceptibles d'aider à la « révision » de sa décision suivraient (cf. courrier du 14 mai 2019), puis qu'un « rapport psycho-psychiatrique » lui parviendrait d'ici fin juin 2019 (cf. courrier du 14 juin 2019), annonces restées sans suite.

En l'absence de rapports médicaux circonstanciés transmis à l'OAI en temps utile, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé. Les différents certificats produits ne permettent pas de faire la lumière sur les atteintes à sa santé. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière. Si le médecin traitant entend appuyer utilement les démarches de sa patiente, il lui appartient de faire remplir par cette dernière une nouvelle demande de prestations et d'adresser à l'OAI un rapport dûment circonstancié et motivé, documentant l'aggravation de santé alléguée et l'étayant par tout élément médical utile.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

**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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

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