

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1958, ouvrière (gainière) dans la confection de boîtes de montres, a demandé des prestations de l'assurance-invalidité le 22 avril 2016, indiquant souffrir d'un conflit sous-acromial de l'épaule droite et d'une tendinopathie.
2. Le docteur C_____, médecine interne et rhumatologie FMH, a expertisé l'assurée sur demande de Mutuel Assurances SA (ci-après Mutuel). À teneur de son rapport du 25 février 2016, l'assurée se plaignait de douleurs de l'épaule droite et de gonalgies droites de type mécanique exacerbées par la charge et la marche. Le diagnostic avec effet sur la capacité de travail était un conflit sous-acromial de l'épaule droite, favorisé par des troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire droite, évoluant depuis 2014. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient des gonalgies internes droite, dans le cadre d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne. Compte tenu de l'activité professionnelle de l'expertisée, celle-ci était actuellement totalement incapable de travailler en raison de ses douleurs à l'épaule droite. Il était légitime de lui proposer une acromioplastie en raison de l'échec du traitement conservateur bien mené à ce jour. Elle devrait retrouver sa capacité de travail dans l'activité habituelle dans les semaines qui suivraient la réalisation de cette intervention.
3. La doctoresse D_____, médecine générale, a informé l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), le 5 juin 2016, que l'assurée était en traitement chez elle depuis 1995. Elle était venue la consulter le 25 novembre 2015 pour des douleurs à l'épaule droite de longue date, des maux de tête, des douleurs au niveau du rachis CDLombaire, de l'angoisse, de l'asthénie, des troubles du sommeil et des douleurs au genou. Les diagnostics étaient des cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire, sur canal lombaire étroit et sur probable instabilité lombaire; lésions dégénératives des articulations itéropophysaires postérieures; fibromyalgie; scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et conflit sous-acromial; status post opération de l'épaule droite le 4 avril 2016 et état anxieux important, voire un état anxio-dépressif. Les diagnostics sans effet sur la capacité de travail étaient des céphalées chroniques et sur TCC; des gonalgies droites sur gonarthrose; une hypertension artérielle (ci-après HTA); un syndrome du tunnel carpien droit; des vertiges sur IVB et une épicondylite du coude droit. Elle était en arrêt de travail depuis le 13 janvier 2016. Ses restrictions étaient d'importants troubles à l'épaule droite, au coude gauche et au niveau du rachis CDLombaire. Elle ne pouvait pas effectuer des travaux lourds ni porter des charges lourdes. Ses restrictions se manifestaient au travail par l'apparition de douleurs, d'un état d'angoisse et de crises de panique.

La Dresse D_____ a transmis à l'OAI plusieurs rapports dont :

- un rapport établi le 17 mai 2005 par le docteur E_____, qui concluait, suite à un RX et une échographie du coude droit de l'assurée, que les données échographiques parlaient en faveur d'un degré échographique de tendinopathie d'insertion des muscles épicondyliens latéraux.
 - un rapport établi le 22 mars 2016 par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que la patiente avait perdu connaissance le 7 mars précédent et qu'elle avait déjà présenté de tels malaises l'année précédente et trois au quatre ans auparavant.
 - un rapport établi le 24 septembre 2012 par la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que la patiente se plaignait, depuis plusieurs années, avec aggravation depuis quelques mois, de brachialgies bilatérales prédominant à droite touchant surtout la région du pouce des deux côtés, remontant face postéro-externe de l'avant-bras droit, rarement à gauche, et de douleurs dans la région interne du coude des deux côtés, de façon plus marquée à droite. Elle avait souvent des acroparesthésies nocturnes et matinales au niveau de la main droite et parfois à gauche. Elle éprouvait des difficultés à saisir les objets de petite taille, en raison de douleurs lors de la sollicitation de la pince pouce-index. Elle notait également une perte de sensibilité de la pulpe du pouce droit et de moins de force pour revisser ou dévisser un objet. Elle faisait un travail sollicitant beaucoup ses pouces ainsi que ses membres supérieurs (gainage d'écrans, travaux répétitifs avec certaines machines). Les résultats de l'examen électroneuromyographique révélaient une discrète neuropathie du nerf médian droit dans le canal carpien. Il s'agissait d'une atteinte essentiellement sensitive. Il n'y avait pas d'arguments électrophysiologiques en faveur d'une neuropathie du nerf cubital droit au coude. L'examen électroneuromyographique était normal à gauche n'apportant pas d'arguments en faveur d'une neuropathie du nerf médian ou du nerf cubital. Les plaintes de la patiente semblaient essentiellement d'origine tendineuse ou ostéo-articulaire et étaient favorisées par son activité professionnelle. Elles prédominaient dans la colonne du pouce avec possible ténosynovite des tendons fléchisseurs du pouce et éventuellement une tendinite de Quervain droite.
4. Le 24 juin 2016, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assurée avait été opérée le 4 avril 2016 et qu'elle était en cours de rééducation avec une évolution lentement favorable. Elle était en incapacité de totale de travailler du 4 avril au 20 juillet 2016, à réévaluer à la fin du mois de juillet. L'ancienne activité n'était pas exigible, mais une activité adaptée l'était.
5. Selon un rapport établi par le Dr H_____ le 11 juillet 2016, l'assurée souffrait d'une arthrose acromio-claviculaire et d'une bursite à l'épaule droite depuis le 2 octobre 2014 ainsi que d'une gonarthrose droite. Elle était en incapacité de travail à 100% depuis le 4 avril 2016. Elle pourrait par la suite travailler à 100% dans une activité adaptée sans charges, ni travail répétitif ou en hauteur.

6. Dans un rapport du 14 octobre 2016, le Dr H_____ a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs persistantes. Elle était en incapacité totale de travailler du 20 juillet au 31 octobre 2016 avec un mauvais pronostic de reprise.
7. Le 2 novembre 2016, l'assurée a indiqué à l'OAI être en arrêt maladie depuis la fin du mois de novembre 2015 à 100% et avoir été licenciée par son employeur avec effet au 31 décembre 2016.
8. Dans un rapport établi le 8 décembre 2016, la Dresse D_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis une année environ avec un changement dans les diagnostics, soit un probable syndrome d'apnées sévères du sommeil. Tous les diagnostics avaient une influence sur la capacité travail. Malgré le traitement opératoire à l'épaule droite, la patiente se plaignait de douleurs (à cette épaule) et au niveau du rachis CDLombaire et des genoux. Elle se plaignait aussi de maux de tête, d'asthénie, d'angoisse, d'épigastalgies et de troubles du sommeil. La Dresse D_____ a mentionné dans les limitations fonctionnelles observées que la patiente présentait d'importants troubles au niveau du rachis CDLombaire, de l'épaule droite, aux genoux et aux coudes et qu'elle souffrait de fibromyalgie et d'un état anxio-dépressif. Elle retenait que la patiente était totalement incapable de travail depuis le 13 janvier 2016.
9. Le 9 décembre 2016, le Dr C_____ a indiqué avoir reçu l'assurée pour une seconde expertise le 7 décembre 2016. Celle-ci décrivait encore, suite à son intervention chirurgicale à l'épaule droite, des douleurs ressenties parfois la nuit et journée, lorsqu'elle sollicitait de manière intense cette épaule, notamment pour des ports de charges importantes. Elle ne suivait actuellement aucun traitement pour son épaule droite. Elle était suivie par le Dr I_____ pour une fibromyalgie, qui évoluait depuis environ cinq ans. Elle décrivait des douleurs diffuses (cervicales, lombaires, hanches et genoux) accompagnées de troubles du sommeil ainsi que d'une importante asthénie présente dès le matin. L'assurée indiquait avoir réussi à poursuivre son activité professionnelle en dépit des symptômes pénibles imputables à la fibromyalgie jusqu'à ce que les douleurs de son épaule droite imposent l'arrêt de travail actuel. Comme problème supplémentaire, elle mentionnait des gonalgies droites de type mécanique exacerbées par la montée et la descente des escaliers et lors de la marche prolongée à plat, qui entraînaient une boiterie. Elle mentionnait la présence de douleurs au genou droit, même en position assise, et aux deux hanches. L'IRM du 2 août 2016 n'avait mis en évidence que de très modestes troubles dégénératifs débutants, non significatifs pour le radiologue. Enfin, l'assurée avait mentionné avoir présenté à sept reprises, au courant de l'année 2016, des épisodes de perte de connaissance brutale compliquées de chutes, non expliqués clairement. Les diagnostics retenus étaient un conflit sous-acromial et une chondropathie fémoro-patellaire droite, un status après acromioplastie et résection du centimètre distal de la clavicule droite le 4 avril 2016 et des gonalgies droites dans le contexte d'une chondropathie fémoro-patellaire de grade III à IV. Les diagnostics sans effet sur la capacité travail étaient une fibromyalgie et une perte de connaissance

d'étiologie indéterminée. L'expert concluait qu'une reprise du travail était théoriquement exigible pour l'assurée, à 50% dès maintenant, puis à 100% un mois plus tard, dans une activité n'impliquant pas des ports de charges lourdes à répétition avec le membre supérieur droit, des positions orthostatiques prolongées ou des montées et descentes d'escaliers ou d'une échelle de manière fréquente. Il n'y avait pas véritablement nécessité de changer de profession. L'assurée pourrait travailler comme ouvrière dans l'horlogerie, dans la petite mécanique ou dans le conditionnement d'objets de faible poids.

10. Le 12 novembre 2016, l'assurée a informé Mutuel être en arrêt maladie depuis novembre 2015.
11. Le 29 décembre 2016, le Dr H_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé sans changement dans les diagnostics depuis l'été 2016. Ceux qui avaient une influence sur la capacité de travail étaient une gonarthrose à droite et un status après acromioplastie et résection du centimètre distal de la clavicule droite. L'évolution consistait en des douleurs au genou et à l'épaule droite. La capacité de travail était de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles.
12. Le 23 mars 2017, le docteur J_____, médecin SMR, a conclu, sur la base de l'expertise du Dr C_____, que l'assurée avait commencé sa longue maladie le 25 novembre 2015, qu'elle était capable de travailler, dans son activité habituelle, à 50% dès décembre 2016 et 100% dès le 1^{er} janvier 2017 et qu'elle était totalement capable de travailler dans une activité adaptée.
13. Par décision du 10 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Depuis le 25 novembre 2015, début du délai d'attente d'un an, sa capacité de travail avait été considérablement restreinte. Sa capacité de travail médico-théorique exigible était toutefois de 100%, sans baisse de rendement, depuis juillet 2016. En comparant son revenu sans invalidité avec son revenu avec invalidité, le taux d'invalidité était de 3%, ce qui ne lui donnait pas droit à une rente d'invalidité ni à un reclassement.
14. Le 17 novembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité indiquant être en incapacité de travail depuis le 14 décembre 2015, à 100%, en raison de problèmes de dos, à l'épaule droite, aux genoux, aux hanches, d'une fibromyalgie et d'une dépression.

À l'appui de sa demande, elle a produit :

- une décision sur opposition rendue par l'office cantonal de l'emploi le 3 novembre 2017, considérant l'assurée inapte au placement dès le 27 juin 2017, en raison de son état de santé. Le bilan d'un stage d'évaluation PASS ÉPI, qui avait eu lieu du 29 mai au 23 juin 2017, établi le 26 juin 2017, concluait que l'état de santé actuel de l'intéressée ne lui permettait plus travailler dans le premier marché du travail et qu'elle devait être orientée dans le second marché.

- le bilan de stage PASS ÉPI du 26 juin 2017, dont il ressort que l'assurée avait un rythme de travail très ralenti. Dans une activité manuelle sérielle légère (montage de colliers), les rendements avaient atteint 55% en moyenne sur une demi-journée. Les rendements sur une autre activité (montage de raccords) avaient atteint 61% sur une demi-journée. Après une heure d'activité, l'assurée mentionnait déjà des douleurs importantes (genou droit, membre supérieur droit et nuque). Elle devait alterner les positions, sans trouver de compromis idéal pour ses douleurs. Le travail dans l'atelier « Conditionnement et publipostage » avait été considéré comme léger et facile par l'assurée, mais les positions de travail avaient été difficiles à maintenir sur la durée et les gestes répétitifs une source importante de douleurs. Ce type de travaux avait fini par déclencher, en troisième semaine, de fortes douleurs avec une inflammation visible du bras droit, de la région de l'épaule droite jusqu'aux cervicales. Lors du stage dans l'atelier « Conditionnement et publipostage », qui avait duré quatre semaines, il avait été constaté que la position de travail assise était difficile à tenir sur la durée et que l'assurée avait des maux de tête (liés à ses cervicales selon elle). Lors de la deuxième semaine, elle avait eu des douleurs aux articulations et à l'épaule droite, lors d'activités répétitives (collage d'étiquettes sur des récipients). Pendant la troisième semaine, ses douleurs avaient augmenté au niveau de l'épaule droite (activités répétitives). Elle n'arrivait pas à adapter son travail pour limiter les douleurs, qui devenaient parfois très importantes au niveau de l'épaule droite puis dans tout le bras, l'épaule et la nuque. Lors de la fin de la mesure, les douleurs étaient toujours très présentes. L'avant dernier jour du stage, son avant-bras et son poignet gauche étaient devenus très douloureux et enflés. Elle ne fonctionnait bien que dans une activité simple, pratique et répétitive. Elle avait mentionné qu'un mi-temps serait plus adaptée sur la durée et qu'elle se forçait à être présente malgré les douleurs. En conclusion, aucune activité n'apparaissait suffisamment adaptée aux diverses limitations de l'assurée dans le marché primaire de l'emploi.

15. Le 23 novembre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la date de sa dernière décision.
16. Par rapport du 9 décembre 2017, la Dresse D_____ a informé l'OAI que l'assurée se plaignait actuellement de malaises, d'étourdissements, d'acouphènes, de douleurs aux hanches, au niveau des coudes ainsi que de fourmillements aux doigts des mains. Elle était en investigation aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Les diagnostics étaient : cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs de la colonne CDLombaire, sur canal lombaire étroit et sur probable instabilité lombaire; lésions dégénératives des articulations itéropophysaires postérieures; fibromyalgie; scapulalgies aiguës droites sur tendinopathie et conflit sous-acromial; status post opération de l'épaule droite le

4 avril 2016, état anxieux important, voire un état anxio-dépressif; céphalées chroniques sur TCC; gonalgies bilatérales sur gonarthrose ; HTA; syndrome du tunnel carpien bilatéral avec atteinte du cubital; vertiges sur IVB, épicondylite bilatérale; épilepsie et syndrome d'apnées du sommeil. La patiente avait bénéficié de nombreux traitements sans amélioration notable sur le plan clinique. Elle se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis CDLombaire, à l'épaule droite et aux hanches. Elle avait également fait l'objet de nombreux malaises. Son état de santé, tant sur plan physique que psychique, ne lui permettait pas de travailler.

Le Dresse D_____ a transmis en annexe de son courrier :

- un rapport établi le 4 avril 2016 par le Dr H_____ en lien avec l'acromioplastie et l'excision distale de la clavicule à l'épaule droite de l'assurée effectuée le 4 avril 2016.
- un rapport établi le 13 février 2017 par le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui indiquait suivre l'assurée, depuis septembre 2016, laquelle était connue pour une fibromyalgie et une gonarthrose évoluant depuis plus d'un an. Une biologie datant de janvier 2017 n'avait pas mis en évidence de syndrome inflammatoire, seule une hypovitaminose D était objectivée. Son examen clinique de septembre 2016 mettait en évidence l'absence de synovite et de flexum des différentes articulations. Le rachis n'était pas limité. Seul un épanchement du genou droit était palpable. Au contrôle du 18 janvier 2017, l'assurée lui avait indiqué que son traitement pour ses douleurs, à savoir la gabapentine 120 mg, ne l'aidait pas. Il lui avait proposé d'augmenter la dose à 200 mg le soir. Elle prenait aussi du Saroten. Elle lui avait indiqué avoir subi une ponction-infiltration de son genou droit. L'examen mettait également en évidence une insertionite des deux coudes.
- un rapport établi par le docteur K_____ le 1^{er} mai 2017, concluant, suite à une échographie du coude gauche de l'assurée du même jour, à une épicondylite latérale modérée du coude et une discrète épicondylite médiale.
- un rapport établi le 24 août 2017 par les docteurs L_____, médecin adjoint agrégé, et M_____, médecin interne, du service de neurologie des HUG, suite à une hospitalisation de l'assurée du 16 au 23 août 2017, pour une perte de connaissance. Le diagnostic principal était une syncope convulsivante probable le 16 août 2017. La patiente leur avait fait part d'une importante anxiété et d'une grande détresse liée à ses épisodes répétés et imprévisibles de perte de connaissance.
- un rapport établi par le docteur N_____, chirurgie FMH, du 29 août 2017, lequel indiquait avoir vu l'assurée à sa consultation du jour précédent pour une épicondylite et une épitrochléite à gauche. Il avait proposé de faire, dans un premier temps, une infiltration du côté externe, qui était le plus symptomatique,

et avait prescrit une coudière. Il devait revoir l'assurée trois semaines plus tard pour voir le résultat et, le cas échéant, piquer le côté interne. En cas d'échec de ce traitement conservateur, une IRM pourrait être envisagée pour juger de l'importance des lésions avant de décider d'autres traitements.

- un rapport établi par le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, le 19 septembre 2017, lequel avait effectué un examen électro-encéphalographique de l'assurée dans le cadre d'un malaise syncopal convulsivant, possiblement d'origine épileptique, avec une anomalie faiblement irritative temporale gauche. Au vu de l'ensemble des considérations, on ne pouvait exclure, sur la base de l'examen, une activité de nature épileptique qui pourrait être à l'origine des malaises. Le fait que la patiente souffrait de syncopes d'origine vasovagale n'excluait pas la possibilité d'une épilepsie. Un traitement anti-épileptique pourrait être instauré sur la base de ces éléments et au vu de la fréquence des malaises depuis maintenant deux ans. En l'absence de toute manifestation syncopale ou de malaise partiel durant six mois, il pourrait être considéré que ce traitement était probablement indiqué et efficace.
17. Par avis médical du 25 janvier 2018, le Dr J_____ a indiqué qu'au vu des rapports médicaux produits, il fallait demander un rapport médical initial au Dr F_____.
 18. Le 21 février 2018, le Dr F_____, avant de décider s'il fallait entrer en matière, a indiqué que les diagnostics de malaise et de syncope convulsivante d'origine X, qui intervenaient une fois par mois, étaient sans incidence sur la capacité de travail de l'assurée.
 19. Le 23 mars 2018, le Dr J_____ a constaté que du point de vue médico-théorique, il n'y avait pas eu de nouvelle atteinte ni d'aggravation.
 20. Le 23 mars 2018, l'OAI a rendu un projet de décision par lequel il refusait d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du 17 novembre 2017, faute de nouvelle atteinte ou d'aggravation de l'état de santé.
 21. Le 7 mai 2018, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. À l'époque où la première demande avait été rejetée, soit le 10 mai 2017, elle avait été opérée de l'épaule droite et souffrait de problèmes et de douleurs aux hanches et au genou droit. Ses douleurs s'accompagnaient de fréquents malaises et de pertes de connaissance. Elle ne se trouvait alors pas en arrêt de travail. Depuis le 10 mai 2017, sa situation s'était notablement modifiée. Elle avait dû passer de nombreux examens médicaux complémentaires, notamment une IRM, afin de déterminer la provenance de ses nouvelles douleurs, soit en particulier au genou gauche, lesquelles étaient inexistantes auparavant, mais également pour déceler l'origine de ses douleurs croissantes au genou droit et aux hanches. Sa situation médicale s'était manifestement aggravée et de nouvelles atteintes étaient apparues, ce qui avait été constaté par son médecin traitant, la Dresse D_____. Dans son dernier rapport, celle-ci avait fait état d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire et de toutes les articulations. Elle mentionnait également des maux

de tête, des étourdissements, des malaises, des troubles du sommeil de l'asthénie, des angoisses, des troubles de la mémoire et de la concentration ainsi qu'une épigastralgie et une fibromyalgie. Au vu de l'importante aggravation de son état de santé, elle se trouvait en arrêt de travail à 100% depuis l'automne 2017. La Dresse D_____ attestait que son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour tant sur le plan physique que psychique et ne lui permettait pas de travailler. Ainsi, il ne pouvait être que constaté que sa situation médicale s'était aggravée depuis mai 2017 et son droit aux prestations de l'assurance-invalidité ne faisait pas de doute. Subsidiairement, l'assurée demandait un nouvel examen approfondi de sa situation médicale par le biais d'une expertise.

L'assurée a transmis à l'OAI en annexe de ses objections les nouvelles pièces médicales suivantes :

- un rapport établi par la Dresse D_____ le 23 avril 2018 indiquant que l'assurée avait bénéficié de nombreux traitements médicamenteux, de physiothérapie et opératoires sans une amélioration notable sur le plan clinique. Elle se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis cervico-dorso-lombaire ainsi qu'au niveau de toutes ses articulations. Elle souffrait également de maux de tête, d'étourdissements et de malaises, de troubles du sommeil, d'asthénie, d'angoisse, de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que d'épigastralgies. Son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour tant sur le plan physique que psychique et ne lui permettait pas de travailler. Elle souffrait de nombreuses pathologies dont, actuellement, d'épilepsie, qui la handicapait fortement par l'apparition de crises fréquentes.
 - Un résumé de polysomnographie établi le 9 février 2018 par le docteur O_____, médecin adjoint au service de pneumologie des HUG, indiquant que l'examen montrait que la patiente avait dormi 8 heures 40 avec une bonne efficacité du sommeil. Il existait un syndrome d'hypopnées obstructives léger. Les troubles respiratoires prédominaient en sommeil paradoxal. Il existait des limitations de flux. Dans ce contexte chez cette patiente ayant quelques troubles autonomiques un traitement de type propulseur mandibulaire pourrait être discuté.
22. Par décision du 5 juin 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée du 17 novembre 2017. Les différents éléments médicaux produits dans le cadre de son opposition au projet de décision ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation notable de son état de santé ou que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits depuis la dernière décision.
23. Le 9 juillet 2018, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle faisait valoir que la décision querellée manquait manifestement de motivation et d'explication de sorte

que son droit d'être entendu avait été violé. La décision du 5 juin 2018 devait, en conséquence, être annulée.

Depuis le dernier refus de prestations du 10 mai 2017, sa situation s'était empirée, ce qui était attesté sans équivoque par la Dresse D_____, qui avait indiqué que son état de santé allait en s'aggravant de jour en jour tant sur le plan physique que psychique. Les douleurs existantes s'étaient intensifiées et de nouvelles étaient apparues, en particulier à son genou gauche, mais également aux hanches, aux coudes, avec des fourmillements aux doigts des mains. Elle souffrait également d'une intensification de ses malaises, d'étourdissements et d'acouphènes qui n'existaient pas auparavant ainsi que d'épilepsie et de troubles dépressifs. Au vu de ces nouvelles pathologies et de l'aggravation manifeste de ses douleurs et troubles, elle n'était plus capable de travailler depuis l'automne 2017, raison pour laquelle elle se trouvait au bénéfice d'un arrêt de travail à 100% depuis lors. La Dresse D_____ indiquait clairement dans ses rapports que son cas devait être revu, car il s'était aggravé. Afin de trancher la question de l'aggravation de son état de santé depuis le 10 mai 2017, il se justifiait, à tout le moins, d'ordonner une expertise médicale pluridisciplinaire.

À l'appui de son recours, la recourante a produit les nouvelles pièces médicales suivantes :

- un rapport établi par la Dresse D_____ le 4 juillet 2018 à l'intention du conseil de l'assurée indiquant que l'état de santé de la patiente allait en s'aggravant de jour en jour avec, depuis avril mai 2017, une accélération de l'aggravation de son état de santé avec des malaises fréquents et une aggravation de l'état anxio-dépressif. Actuellement, son état de santé ne lui permettait pas d'effectuer un travail.
- des certificats médicaux établis par le Dr F_____ attestant d'une capacité de travail de la recourante de 0% du 16 octobre 2017 jusqu'au 27 août 2018.

24. Par réponse du 16 juillet 2018, l'OAI a conclu au rejet du recours. La recourante pouvait discerner les motifs qui avaient guidé sa décision, à savoir qu'elle n'avait pas rendu plausible une aggravation notable de son état de santé. En conséquence, le droit à une décision motivée avait été respecté et le grief de violation du droit d'être entendu devait être écarté.

Malgré l'invitation qui lui avait été faite dans ce sens le 23 novembre 2017, la recourante n'avait pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible que son état de santé s'était modifié. Le principe inquisitoire ne s'appliquait pas à la procédure d'entrée en matière sur une nouvelle demande. Il n'appartenait pas à l'OAI de procéder à des mesures d'instruction complémentaires, notamment en entendant les médecins traitants de l'assurée ou en procédant à une expertise, mais il appartenait à celle-ci de fournir les éléments médicaux pertinents. Il ne suffisait pas qu'elle dépose de nouveaux rapports médicaux, il fallait encore que ceux-ci fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur

ses limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle. Tel n'était pas le cas en l'espèce. Les éléments nouveaux apportés par la recourante à l'appui de son mémoire de recours ne pouvaient être pris en considération, car ils ne faisaient pas partie des pièces et de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé avait statué.

25. Le 15 octobre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce qu'indiquait l'intimé, les pièces produites à l'appui de son recours étaient déjà en sa possession. Le rapport de la Dresse D_____ du 23 avril 2018 ainsi que ses annexes avaient été transmis à l'intimé avec ses objections du 7 mai 2018, soit un mois avant la prise de décision finale de celui-ci le 5 juin 2018. Au vu des nouveaux éléments apportés par la Dresse D_____ le 23 avril 2018, à savoir qu'elle souffrait notamment d'une nouvelle pathologie, l'épilepsie, et que sa situation psychique et physique s'était manifestement aggravée entre le dépôt de ses deux demandes, l'intimé aurait dû les prendre en considération et modifier son projet de décision. Il aurait dû à tout le moins demander des informations ou des rapports complémentaires à ses médecins traitants. Le rapport du 9 décembre 2017 de la Dresse D_____ avait été en main de l'OAI bien avant sa prise de décision, puisque son médecin le lui avait directement adressé. L'avis médical du SMR du 25 janvier 2018 confirmait le signalement d'un malaise syncopal convulsivant, possiblement dû à l'apparition de l'épilepsie, qui avait été confirmée par la suite par la Dresse D_____. Ainsi, force était de constater que l'intimé avait déjà connaissance de la modification notable de son état de santé, soit en particulier de ses premières crises d'épilepsie dont il n'avait pas tenu compte dans sa décision du 5 juin 2018. Sa situation professionnelle s'était également aggravée depuis le mois de mai 2017, dès lors qu'elle n'était absolument plus capable d'exercer une activité lucrative. Le rapport médical du Dr F_____ du 21 février 2018 attestait de la modification de ses capacités physiques pour exercer une activité lucrative. Ses limitations étaient totales, dès lors que sa capacité de travail était estimée dans le questionnaire rapport médical du Dr F_____ à 0% et qu'elle n'exerçait plus aucune activité lucrative.
26. 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 dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).
3. Le litige porte sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière de l'intimé sur la nouvelle demande de la recourante, plus particulièrement sur la question de savoir si celle-ci a rendu plausible une aggravation de son état de santé susceptible d'influencer son droit aux prestations de l'assurance-invalidité depuis la dernière de décision rendue par l'intimé le 10 mai 2017.
4. a. Dans un grief d'ordre formel qu'il convient d'examiner en premier, la recourante se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, estimant la motivation de la décision attaquée insuffisante.

b. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (consacré par l'art. 29 al. 2 Cst.) le devoir de motiver la décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, doivent, au moins brièvement, être mentionnés les motifs sur lesquels la décision est fondée, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (ATF 141 V 557 consid. 3.2.1 p. 564 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016).

c. En l'espèce, la motivation de l'arrêt attaqué est certes brève, mais elle permet de comprendre pour quelles raisons l'intimé a estimé que la recourante n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, à savoir parce que du point de vue médico-théorique, il n'y avait pas eu de nouvelle atteinte ni d'aggravation et que les malaises en investigation n'avaient pas d'incidence sur la capacité de travail. Le premier grief de la recourante doit en conséquence être écarté.
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 découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 RAI). Il en va de même en cas de nouvelle demande, conformément à l'art. 87 al. 3 RAI.

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 qui a précédemment rendu une décision entrée en force, 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). Lorsqu'elle est saisie d'une demande de révision, 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'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. 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. 3 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).

b. 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; ATF 122 V 157 consid. 1a et les références), 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 des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPGa) - 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). 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 (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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011).

c. La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGa - qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière - porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas

toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le Tribunal fédéral des assurances n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples (« einfache Abklärungshandlungen », arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 47/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

À cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater *prima facie* l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics – son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus.

6. En l'espèce, il convient de retenir que l'intimé s'est contenté de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante, dans la mesure où il n'a pas effectué d'autres mesures d'instruction que de consulter le SMR et de demander un rapport complémentaire au Dr F_____.

La recourante a déposé une nouvelle demande de prestations le 17 novembre 2017, soit à peine plus de six mois après la décision du 10 mai 2017, par laquelle l'intimé lui niait le droit aux prestations. Dans sa nouvelle demande, elle a fait valoir des

problèmes de dos, à l'épaule droite, aux genoux et aux hanches ainsi qu'une fibromyalgie et une dépression.

À teneur du bilan de stage établi par les ÉPI le 26 juin 2017, produit par la recourante à l'appui de sa demande, ce sont surtout ses douleurs au membre supérieur droit, au genou droit, à la nuque et aux cervicales ainsi que des maux de tête qui l'empêchaient de travailler.

Le 9 décembre 2017, la Dresse D_____ a indiqué que la recourante se plaignait actuellement de malaises, d'étourdissements, d'acouphènes, de douleurs aux hanches, au niveau des coudes ainsi que de fourmillements aux doigts des mains. Elle n'a pas explicité dans son rapport en quoi l'état de santé de l'assurée se serait aggravé depuis la dernière décision de l'intimé. Elle avait déjà retenu, avant celle-ci, comme totalement incapacitants, le 8 décembre 2016, des douleurs aux genoux et aux coudes, des angoisses, un état anxio-dépressif et des troubles du sommeil avec un probable syndrome d'apnées sévères du sommeil. Dans son rapport du 9 décembre 2017, la Dresse D_____ a relevé que les plaintes de l'assurée portaient essentiellement sur ses douleurs au niveau du rachis CDLombaire, à l'épaule droite, aux genoux et aux hanches et que malgré son traitement, il n'y avait pas d'amélioration notable sur le plan clinique, ce qui correspond aux plaintes de la recourante déjà relevées dans son rapport du 8 décembre 2016. Elle invoquait ainsi davantage une absence d'évolution favorable de l'état de santé de la recourante qu'une aggravation de celui-ci. Ce n'est que dans son rapport du 23 avril 2018 que la Dresse D_____ a expressément fait état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, tant sur le plan psychique que physique, sans plus de motivation si ce n'est que la patiente souffrait de nombreuses pathologies, dont l'épilepsie, qui la handicapait fortement par l'apparition de crises fréquentes. Ce bref rapport peu motivé ne suffit pas à rendre plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante.

Il ressort des rapports établis par le Dr F_____ les 22 mars 2016, 19 septembre 2017 et 21 février 2018 que les diagnostics de malaise et de syncope convulsivante étaient sans incidence sur la capacité de travail, que la recourante en avait déjà souffert à plusieurs reprises avant la décision du 10 mai 2017 et que si ces troubles pouvaient être liés à une épilepsie, cela ne pouvait être confirmé en l'état. Le 9 décembre 2016, le Dr C_____ avait également déjà mentionné plusieurs pertes de connaissance en 2016. Il en résulte que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé postérieure à la dernière décision de l'intimé, en lien avec le diagnostic d'épilepsie.

S'agissant des douleurs aux coudes évoquées par la Dresse D_____ le 9 décembre 2017, il faut relever que la recourante souffrait déjà de telles douleurs avant la dernière décision de l'intimé. Le 8 décembre 2016, la Dresse D_____ avait en effet mentionné, sous les limitations fonctionnelles observées, que la recourante présentait des troubles aux coudes. Des douleurs aux coudes étaient également mentionnées dans le rapport établi le 24 septembre 2012 par la Dresse G_____. Le

1^{er} mai 2017, soit avant la dernière décision, le Dr K_____ avait déjà conclu à une épicondylite latérale modérée du coude et une discrète épicondylite médiale. Par ailleurs, le Dr N_____ a indiqué le 29 août 2017, avoir constaté une épicondylite et une épitrochléite à gauche et avoir proposé, dans un premier temps, une infiltration du côté externe, qui était le plus symptomatique et le port une coudière. Il devait revoir l'assurée trois semaines plus tard pour voir le résultat et, le cas échéant, piquer le côté interne. La recourante n'a pas transmis d'autre rapport du Dr N_____ à l'intimé, alors qu'elle devait revoir son médecin à fin novembre 2017 pour évaluer si une infiltration externe se justifiait ou si la coudière avait suffi pour la soulager. Elle n'a pas non plus mentionné de douleurs aux coudes dans sa nouvelle demande et, à teneur des rapports des ÉPI et de la Dresse D_____, ses plaintes principales ne portaient pas sur ses coudes. La recourante n'a ainsi pas rendu plausible un aggravation significative de ses douleurs aux coudes.

S'agissant de la dépression évoquée par l'assurée dans sa nouvelle demande, elle n'a pas produit de rapport d'un psychiatre en attestant et le rapport de la Dresse D_____ du 9 décembre 2017 ne rend pas plausible une aggravation de son état psychique, puisqu'elle y faisait mention des mêmes diagnostics que ceux déjà posés les 5 juin et 8 décembre 2016, soit un état anxieux important et un état anxio-dépressif.

S'agissant des acouphènes et des fourmillements aux doigts mentionnés dans le rapport de la Dresse D_____ du 9 décembre 2017, rien ne permet de penser qu'il s'agit d'une aggravation de la santé de la recourante ayant un impact significatif sur son invalidité, étant relevé qu'il s'agit d'atteintes qui ne sont, a priori, pas de nature invalidante. S'agissant des fourmillements, la Dresse G_____ avait déjà mentionné le 24 septembre 2012 que l'assurée avait souvent des acroparesthésies aux deux mains, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle atteinte.

Enfin, il n'y a pas lieu de prendre en compte le rapport établi le 4 juillet 2018 par le Dresse D_____, car il a été produit après la décision litigieuse.

7. La recourante n'a ainsi pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, étant relevé qu'elle considérait déjà être en incapacité de travail totale lors de la dernière décision de l'intimé, qui n'a pas été contestée.

Le recours est ainsi infondé et sera rejeté.

8. Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante, conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI.

**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

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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