



POUVOIR JUDICIAIRE

A/3705/2018

ATAS/152/2020

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 février 2020

3^{ème} Chambre

En la cause

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

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. En décembre 2014, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1972, d'origine tunisienne, coiffeuse, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
2. Par décision du 4 octobre 2017, l'OAI lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps à la période du 1^{er} juin 2015 au 31 mars 2016.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du 20 mars 2015 du docteur B_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), faisant état d'un déficit vestibulaire à droite et d'une totale incapacité de travail en raison de vertiges et de troubles de l'équilibre persistants, qui l'obligeaient à utiliser une canne ;
- une expertise oto-neurologique par le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV ; cf. rapport du 31 mars 2016 des docteurs C_____ et D_____), indiquant qu'en septembre 2008, l'assurée avait fait une crise vertigineuse depuis laquelle elle souffrait d'une sensation vertigineuse permanente, d'une sensation de pression dans les oreilles, d'une instabilité à la marche et d'une fatigue permanente ; les vertiges étaient présents dans toutes les positions, augmentés aux mouvements corporels et à la stimulation visuelle ; ils empêchaient l'assurée d'avoir une vie normale de sorte que, progressivement, elle avait développé un comportement d'évitement des situations déclenchantes et restait confinée à domicile ; le Xanax la soulageait un peu ; l'assurée avait indiqué avoir été suivie par un psychologue, sans qu'un diagnostic psychiatrique soit posé ; les experts concluaient à des vertiges subjectifs chroniques post déficit vestibulaire périphérique droit ; l'examen neurologique avait montré tout au plus des signes très discrets de déficit vestibulaire droit, le bilan oto-neurologique complémentaire n'avait retrouvé aucun déficit vestibulaire ; il n'y avait aucun argument pour une atteinte cérébrale ou vestibulaire organique, cependant, les vertiges subjectifs suivant l'atteinte vestibulaire étaient importants et handicapants et rendaient impossible la reprise du travail de coiffeuse, activité impliquant une position debout prolongée et des changements de positions fréquents ; compte tenu de la chronicisation de la situation et de la mauvaise adaptation au déficit vestibulaire survenu en 2008, il était très peu probable que la situation s'améliore dans le futur : l'assurée resterait vraisemblablement gênée dans les activités sollicitant son équilibre ; en revanche, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail s'agissant d'une activité calme et sédentaire s'effectuant en position assise, sans diminution de rendement ;
- l'avis émis par le Service médical régional (SMR) le 26 mai 2016, concluant à une capacité de travail entière depuis janvier 2016 dans une activité adaptée, c'est-à-dire

permettant d'éviter les changements de position, le travail debout ou en hauteur et de privilégier la position assise ;

- une enquête pour activité professionnelle menée le 7 novembre 2016, constatant que l'assurée n'avait exercé que quatre mois durant l'année 2011 et avait été en incapacité de travail dès juillet 2012, qu'en 2013, elle avait mis son salon de coiffure en gérance et que la remise du bail avait été faite en juillet 2015 ; le résultat d'exploitation n'était donc pas représentatif d'un revenu du travail fourni par l'assurée.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a déclaré irrecevable à la forme par arrêt du 23 novembre 2017 (ATAS/1064/2017).

3. En décembre 2017, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant toujours une atteinte de l'oreille interne, un déséquilibre et des vertiges constants depuis 2010.
4. Ont été alors versés au dossier :
 - un rapport du Dr B_____ du 5 septembre 2017 confirmant que l'assurée souffrait, depuis le printemps 2012, de vertiges et troubles de l'équilibre, qu'un bilan oto-neurologique en 2012 avait mis en évidence un déficit vestibulaire périphérique à droite, avec hypovalence estimée à 47%, que le traitement proposé (exercices de physiothérapie vestibulaire, médicaments et pose d'un drain trans-tympanique) avait été bien suivi par l'assurée, que l'évolution avait été très lentement et partiellement favorable ; que l'assurée restait encore bien symptomatique, surtout sur un mode de compensation, et requérait toujours beaucoup d'énergie et d'attention, ce qui entraînait des difficultés à se concentrer et une fatigue chronique ;
 - un bref certificat du centre médico-chirurgical de Chantepoulet, indiquant que l'assurée souffrait toujours de vertiges et que cela entraînait un état dépressif secondaire et une incapacité de travail.
5. Le dossier a alors été soumis une nouvelle fois au SMR qui, le 26 juin 2018, a émis l'avis qu'il n'y avait pas d'aggravation durable et notable de l'état de santé : l'état de santé était comparable à celui observé précédemment puisqu'aucun nouvel élément n'était évoqué au plan ORL. Certes, le docteur E_____, du centre médical de Chantepoulet, évoquait un trouble dépressif secondaire, mais sans fournir aucune description de cet état ; aucun spécialiste n'était cité, aucun traitement dispensé.
6. Le 4 juillet 2018, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande au motif que son état ne s'était pas aggravé de manière notable et durable depuis décembre 2017.
7. Le 18 juillet 2018, l'assurée a contesté cette position en arguant être bien plus handicapée que par le passé : elle avait tout le temps des vertiges, passait ses journées à domicile, marchait avec une canne et, depuis peu, devait avoir recours à une aide-ménagère. Cette situation la déprimant, elle avait commencé à voir une psychologue. Il y avait donc détérioration de sa situation.

8. Par courrier du 16 août 2018, l'OAI lui a expliqué qu'à défaut de nouveaux éléments médicaux, il rejeterait sa demande.
9. A alors été adressé à l'OAI un bref certificat médical du Dr E_____ du 14 août 2018 précisant que les troubles de l'équilibre étaient traités depuis septembre 2011 « apparemment sans possibilité d'éradication » et que l'assurée était sous Xanax. Sa maladie et son incapacité à se mobiliser comme elle le souhaitait la plongeait en effet dans un état dépressif permanent. Il était souhaitable qu'elle soit prise en charge par un psychologue.
10. Par courrier du 10 septembre 2018, un avocat s'est manifesté auprès de l'OAI en indiquant que l'assurée lui avait confié la défense de ses intérêts et qu'élection de domicile était faite en son étude. Il sollicitait que lui soit transmise une copie intégrale du dossier.
11. Par décision du 19 septembre 2018 adressée à l'assurée en personne, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Il a motivé son refus de prester par le fait que le SMR, après étude du dossier, avait considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé de manière notable et durable depuis décembre 2017 et que la capacité de travail telle que définie alors restait inchangée.

12. Par courrier du 26 septembre 2018, le mandataire de l'assurée s'est étonné du fait que la décision ait été adressée à sa mandante directement, en dépit de l'élection de domicile faite en son étude. Il en a tiré la conclusion que cette notification devait être « considérée comme nulle ».

Par ailleurs, il a requis une nouvelle fois la transmission du dossier de sa mandante et l'octroi d'un délai de 30 jours supplémentaire pour se déterminer.

13. Par courrier du 4 octobre 2018, l'OAI lui a « accordé un délai de recours supplémentaire de 30 jours dès le 26 septembre 2018 » (sic).
14. Par courrier du 9 octobre 2018, le conseil de l'assurée s'en est étonné en rappelant qu'un délai légal ne pouvait être prolongé : pour qu'un nouveau délai puisse courir, il était important que la décision du 19 septembre 2018 lui soit valablement notifiée une nouvelle fois.
15. Par courrier du 25 octobre 2018, l'OAI lui a répondu que si la notification irrégulière d'une décision ne devait certes entraîner aucun préjudice pour les parties, la nullité de la décision n'était pas automatique : la protection des parties étant en effet suffisamment garantie lorsque la notification atteignait son but malgré l'irrégularité, ce qui semblait être le cas en l'espèce, puisque la décision litigieuse avait abouti en mains du conseil de l'assurée en temps utile. En conséquence de quoi, il appartenait à l'avocat « d'attaquer la décision du 19 septembre 2018 dans les 30 jours à compter du dernier jour du délai de recours au plus tard » (sic).

Toutefois, admettant que la mention d'un « délai de recours supplémentaire » avait pu générer une confusion, l'OAI s'est déclaré prêt à procéder à une nouvelle notification de la décision annulant la précédente (sic).

16. Par écriture du 22 octobre 2018, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à ce que la cause soit renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, subsidiairement à ce qu'une expertise multidisciplinaire comprenant des volets psychiatrique, neurologique et oto-neurologique soit mise sur pied.

La recourante fait en premier lieu grief à l'OAI de lui avoir notifié directement la décision du 19 septembre 2018, nonobstant la constitution d'un avocat avec élection de domicile en l'étude de ce dernier, d'une part, d'avoir refusé de renotifier ladite décision, d'autre part. Elle explique interjeter recours afin de sauvegarder ses droits.

Sur le fond, elle allègue être suivie, d'un point de vue psychiatrique, par le docteur F_____ et ce, depuis une période antérieure à la notification de la décision querellée. Or, selon ce médecin, les symptômes handicapants dont elle souffre trouvent fort probablement leur origine dans une problématique psychiatrique.

Elle fait remarquer que la demande initiale déposée en mars 2014 étant motivée par des troubles de l'équilibre et des vertiges résultant d'un déficit vestibulaire, qu'elle a donc naturellement donné lieu à des investigations principalement neurologiques. En revanche, l'aspect psychique a été totalement passé sous silence, alors même qu'il existait un trouble anxieux sous traitement.

Des troubles psychiques ont une nouvelle fois été évoqués par la suite par le Dr E_____, dans un certificat du 8 janvier 2018, puis par elle-même, dans un courrier du 18 juillet 2018. Elle en tire la conclusion que l'OAI ne pouvait faire l'économie d'une instruction concernant le volet psychique, d'autant moins que, comme l'a confirmé depuis le Dr F_____, sa symptomatologie résulte vraisemblablement d'une pathologie psychiatrique. Dans ces conditions, l'intimé aurait à tout le moins dû demander un rapport au médecin ou au psychiatre traitant.

17. Le 25 octobre 2018, l'OAI a rendu une nouvelle décision annulant et remplaçant celle du 19 septembre 2018, notifiée au conseil de la recourante, en tous points similaire à la décision annulée.
18. Par écriture du 16 novembre 2018, la recourante a formellement interjeté recours contre cette nouvelle décision en indiquant que ses griefs et conclusions restaient strictement identiques à ceux invoqués dans son acte du 22 octobre 2018.
19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 novembre 2018, a conclu au rejet du recours.

S'agissant du droit d'être entendu, il fait valoir qu'on ne saurait déduire de l'irrégularité d'une notification que le délai de recours ne commence pas à courir, même lorsque le destinataire de la décision en a finalement connaissance. Selon lui,

il faut déduire du courrier que lui a adressé le conseil de la recourante le 26 septembre 2018 qu'à cette date, il était en possession de la décision litigieuse ; c'est donc alors qu'a commencé à courir le délai de recours. Quoiqu'il en soit, la notification irrégulière a été corrigée par la nouvelle notification intervenue le 25 octobre 2018.

S'agissant de la maxime d'office, l'OAI fait valoir que le principe inquisitoire ne s'applique pas à la procédure d'entrée en matière sur nouvelle demande. Il rappelle que, dans un litige portant sur le bien-fondé d'un refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué et que, dès lors, son examen doit se limiter à la question de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifiaient ou non la reprise de l'instruction du dossier. Or, malgré l'invitation qui lui a été faite en ce sens le 22 décembre 2017, l'assurée n'a pas apporté de nouveaux éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

20. Dans sa réplique du 21 décembre 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions.

En substance, elle fait valoir que, dans la mesure où le SMR s'est prononcé sur l'influence de la pathologie psychique sur sa capacité de travail, il y a lieu de considérer qu'il s'est prononcé sur le fond et que la décision litigieuse a été rendue à l'issue d'une instruction médicale incomplète.

21. Dans sa duplique du 22 janvier 2019, l'intimé a campé sur sa position. Il soutient que le fait qu'il ait interpellé le médecin traitant et ait demandé l'avis de son SMR ne signifie pas encore qu'il soit entré en matière sur la demande de l'assurée.
22. Par écriture du 25 mars 2019, la recourante a produit une évaluation neuropsychologique de Madame G_____, psychologue, du 14 janvier 2019.

Dans son rapport, la psychologue aboutit à la conclusion, sur la base des résultats aux tests, des anamnèses et observations comportementales en séance, que l'assurée « semble souffrir d'un déficit attentionnel assez marqué » impliqué dans d'autres fonctions cognitives telles que les fonctions exécutives et la mémoire, indispensables pour fonctionner dans la vie de tous les jours. Les anamnèses font état d'un trouble anxieux avec état dépressif découlant de la survenue de la maladie de Ménière. Ces pathologies sont impliquées dans l'altération des capacités cognitives, notamment attentionnelles. En effet, la patiente présente un certain ralentissement de la vitesse de traitement de l'information, capacité impliquée dans la plupart des autres fonctions cognitives. La psychologue relève l'existence d'un « effet cascade » découlant de cette atteinte attentionnelle influençant la mémoire épisodique et sémantique, les fonctions exécutives, les praxies visuo-spatiales et constructives, un ensemble de fonctions responsable des principales activités quotidiennes. Du fait de ces difficultés cognitives, l'assurée n'a plus la capacité ni de s'adapter, ni de résister au quotidien. En effet, l'altération de la vitesse de

traitement entraîne un stress important, du fait des informations multiples et constantes qui arrivent à son cerveau, qui ne peut les traiter correctement. En découle le fait qu'elle ne supporte ni la foule, ni le bruit, ni la lumière ou toute situation envoyant trop de stimulations que son cerveau ne peut traiter. La fatigue entraînée au quotidien par ces déficits est très importante. Les vertiges agissent de façon conjointe à cet état de fatigue permanent lorsque le système sature, d'où leur apparition lors de tâches ou situations complexes. Les tâches administratives deviennent très difficiles à gérer. Les capacités motrices sont également altérées, ce qui limite considérablement le fonctionnement quotidien de l'assurée, qui doit se déplacer en béquilles. Elle est confrontée à une baisse générale de ses capacités cognitives dans un contexte de maladie chronique et d'état anxio-dépressif qui influencent fortement sa vie quotidienne et la rendent dépendante d'aide extérieure. La psychologue en conclut que l'assurée, anxieuse et dépressive avec un déficit cognitif, est diminuée dans son travail et son quotidien à 80%.

23. Par écriture du 23 avril 2019, l'intimé a fait remarquer que l'auteur du document produit était psychologue et non psychiatre.

Or, la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert psychiatre et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu selon la jurisprudence.

En tout état de cause, l'intimé répète que seuls les éléments médicaux versés au dossier jusqu'à la prise de la décision litigieuse importent.

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. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 4/1998 p. 316 consid. 3b).

3. La décision du 19 septembre 2018 ayant finalement été renotifiée le 25 octobre 2018, la question de la régularité de la première notification et d'une éventuelle violation du droit d'être entendu peut rester ouverte, d'autant que, quoi qu'il en soit, l'assurée a sauvegardé ses droits en interjetant recours le 22 octobre 2018 déjà. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGa).
4. Lorsque la rente d'invalidité a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI ; RS 831.201]). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b, 117 V 198 consid. 4b et les références).
5. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 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 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).

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

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

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

6. En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer si la décision litigieuse constitue un rejet de la nouvelle demande de prestations ou un refus d'entrer en matière sur cette dernière. En effet, l'intimé soutient que le fait qu'il ait interpellé le médecin traitant et demandé l'avis du SMR ne signifie pas encore qu'il soit entré en matière sur la demande de l'assurée.

Or, s'il s'avère que l'intimé est en fait entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, il conviendra de procéder à un examen matériel du droit aux prestations de la recourante, ce qui ne pourra être fait si l'intimé s'est effectivement limité à refuser d'entrer en matière.

En l'espèce, dans la décision litigieuse, l'intimé s'exprime en ces termes : « Nous avons soumis votre dossier à notre Service Médical Régional et il ressort de leur appréciation que votre état de santé ne s'est pas aggravé de manière notable et durable depuis notre décision du 04.10.2017. Votre capacité de travail telle que définie lors de notre dernière évaluation reste inchangée. Par conséquent, le droit aux mesures professionnelles et/ou à la rente d'invalidité est refusé. »

Cette formulation est ambiguë dans la mesure où il n'est pas précisé si l'intimé refuse d'entrer en matière ou rejette la demande. En tant qu'il dit « refuser » le droit à toute prestation sans mentionner la plausibilité d'une aggravation, il semble plutôt la rejeter, mais au terme d'un examen si sommaire qu'il paraît n'avoir porté que sur la plausibilité de l'aggravation alléguée.

Selon la jurisprudence, 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 et un examen matériel d'une nouvelle demande - qui implique que l'office AI est réputé être entré, même implicitement, en matière - porte sur le degré de l'analyse effectuée (cf. arrêts 9C_698/2018 du 3 décembre 2018 consid. 4.1, 9C_472/2016 du 29 novembre 2016 consid. 4.2 et les arrêts cités). Il convient dès lors d'examiner quelle a été en réalité la profondeur de celle à laquelle a procédé l'intimé en l'occurrence.

Il apparaît à la lecture du dossier qu'avant de rendre sa décision, l'intimé s'est limité à soumettre au Service médical régional de l'AI (SMR), les documents médicaux très succincts transmis par la recourante, sans entreprendre d'autres investigations.

En définitive, la décision litigieuse est donc en fait une décision de non-entrée en matière, de sorte que la Cour de céans doit se contenter d'examiner si l'assurée a rendu plausible, à la lumière des rapports qu'elle a produits antérieurement à la décision querellée (cf. ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68; arrêt 9C_959/2011 du 6 août 2012 consid. 1.3 et 4.3), que son état de santé s'était aggravé.

Les documents produits par l'assurée sont très succincts et se limitent à énumérer des pathologies soit non invalidantes, soit déjà connues. Les atteintes énumérées par le Dr B_____ sont similaires à celles déjà évoquées à l'appui de la première demande de prestations et le médecin fait même état d'une évolution partiellement favorable.

Quant au certificat du centre médico-chirurgical, il est très bref et s'il évoque effectivement un état dépressif secondaire, il ne documente absolument ce diagnostic et n'indique pas le degré de gravité de l'affection. L'appréciation du centre ne repose sur aucun élément concret et ne précise pas en quoi l'état psychique de l'assurée serait susceptible de se répercuter sur sa capacité de travail. Il était simplement énoncé qu'une prise en charge par une psychologue serait « souhaitable ».

Contrairement à ce qu'allègue la recourante, le SMR ne s'est pas prononcé sur l'influence de la pathologie psychique sur sa capacité de travail, mais sur la plausibilité que celle-ci constitue une aggravation, puisqu'il a relevé - à juste titre - qu'aucun traitement n'était évoqué, pas plus qu'une prise en charge par un spécialiste.

Quant au rapport de la psychologue rédigé en janvier 2019, il n'a pas lieu d'être pris en compte dans la mesure où il est postérieur à la décision attaquée. En revanche, il sera loisible à la recourante de le faire valoir à l'appui d'une nouvelle demande de prestations, afin d'étayer son allégation d'aggravation.

Dans ces conditions, le refus de l'office intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations était justifié, dès lors que les documents produits par l'assurée à l'appui de sa demande antérieurement à la décision litigieuse ne permettaient pas de rendre plausible une aggravation de son état de santé.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

**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