

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'intéressée), née le _____ 1961, d'origine érythréenne, divorcée depuis le 18 octobre 2010, mère d'une fille née en 1988, travaille en qualité de nettoyeuse à raison de 20h par semaine chez B_____ depuis le 8 mai 2001. Elle a été victime d'une chute dans les escaliers le 23 mai 2011. Elle a souffert de fractures de l'extrémité distale du radius gauche et de l'os crochu de la main droite, ainsi que de contusions multiples. Son cas a été pris en charge par la SUVA.
2. L'intéressée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 19 décembre 2011. Elle indique qu'elle souffre d'un traumatisme des deux mains et des deux poignets, surtout le poignet gauche, à la suite de son accident survenu le 23 mai 2011.
3. Dans un rapport du 20 janvier 2012, le docteur C_____ du Groupe médical d'Onex a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Il a retenu les diagnostics suivants avec effet sur la capacité de travail : « trauma poignets droit et gauche, douleurs chroniques, insuffisance cardiaque gauche, HTA et trouble dépressif ». Il signale que la compliance est optimale, mais que l'intéressée a un problème de compréhension (langue et d'éducation). Il considère qu'elle est entièrement incapable de travailler en tant que femme de ménage, qu'un travail adapté est en revanche possible, par exemple, un travail de bureau à plein temps, et signale qu'il lui est impossible de répondre à la question de savoir si une amélioration de l'état de santé est possible.
4. L'intéressée a séjourné au service de réadaptation de la CRR du 8 mai au 5 juin 2012 pour des thérapies physiques et fonctionnelles en raison des douleurs chroniques aux deux poignets, principalement.

Les médecins ont constaté, dans un rapport du 11 juillet 2012, que

« En résumé, un an après une fracture du crochet de l'os crochu des deux poignets traitée conservativement, l'évolution est marquée par la persistance de douleurs prédominant au poignet gauche. Le bilan scannographique montre des fractures consolidées. Il n'y a pas de signe évoquant une algodystrophie. Au terme du séjour, subjectivement, la patiente décrit une légère diminution des douleurs au poignet gauche. Objectivement, il y a peu d'amélioration, la patiente a tendance à sous-utiliser ses membres supérieurs. Sur le plan psychiatrique, il est retenu le diagnostic d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Il est relevé des facteurs prédictifs défavorables de chronicisation en termes de peur et de croyances. Un traitement antidépresseur a été débuté.

Sur le plan socio-professionnel : on rappelle que *l'intéressée* travaillait à 50% dans une activité de femme de ménage avant son accident. Aux ateliers professionnels, la patiente a été planifiée par périodes allant jusqu'à 2 heures consécutives, mettant un terme à l'activité à deux reprises, se plaignant de douleurs s'étendant au rachis

cervical et à la tête. L'implication dans les activités proposées est incertaine. La patiente ne semble pas dans une démarche de reprise professionnelle actuellement. Sur le plan professionnel, en ce qui concerne l'accident, il n'y a pas d'éléments médicaux justifiant la prolongation d'une incapacité de travail. La patiente est informée qu'elle récupère une pleine capacité dès le 11 juin 2012. On peut s'attendre à ce que la reprise d'une activité professionnelle pose problème chez une patiente ne se voyant pas retravailler, restant centrée sur les douleurs. Un processus d'invalidation est en cours ».

Un consilium psychiatrique a été réalisé à la CRR lors de son séjour le 15 mai 2012. Il est retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, étant précisé qu'il existait des facteurs prédictifs défavorables de chronicisation.

Les médecins ont considéré que l'incapacité de travail de l'intéressée dans son activité de femme de ménage était de 100% du 8 mai au 10 juin 2012 et nulle dès le 11 juin 2012.

5. Par ordonnance du 19 juillet 2012, le Tribunal tutélaire a désigné Madame D_____, cheffe de section auprès du service des tutelles d'adultes, aux fonctions de curatrice de l'intéressée, aux fins de gérer et administrer ses biens, d'encaisser ses revenus et ses rentes et pourvoir à leur gestion et de la représenter à l'égard de ses créanciers.
6. Dans un rapport du 12 février 2013, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé était stationnaire. Il a repris les diagnostics de « cardiopathie, HTA + ischémique, FA paroxystique, canal cervical étroit, myélopathie C4-C5, syn radiculaire C5 gauche, canal lombaire étroit », et relève des douleurs chroniques, ainsi qu'une tolérance à l'effort diminuée. La capacité de travail est entière comme nettoyeuse, étant précisé qu'une réadaptation professionnelle est nécessaire pour un travail non physique.
7. Dans sa note du 19 juin 2013, le médecin du service médical régional AI (SMR) a proposé de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comprenant les volets rhumatologie, médecine interne et psychiatrie.

Il relève que l'état de santé psychique est clairement fragilisé, et constate que le Dr C_____ atteste d'une incapacité de 50% pour péjoration du trouble de l'adaptation dans son rapport du 7 octobre 2012, et d'une incapacité de travail totale pour l'activité habituelle avec un état de santé stationnaire marqué par des douleurs chroniques et une tolérance à l'effort diminuée dans son rapport du 12 février 2013.

8. Dans un rapport intermédiaire pour l'assurance indemnités journalières selon la LCA, Helsana Assurances SA, daté du 7 octobre 2012, le Dr C_____ a indiqué que l'activité professionnelle exercée jusqu'ici était encore raisonnablement exigible à 50% au maximum avec des limitations pour soulever et porter des charges de plus d'un kilo, et de rester debout durant plus de trois heures.

9. Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée les 9, 12, 19 décembre 2013 et 31 janvier 2014, par le docteur E_____, médecine interne et rhumatologue, la doctoresse F_____, rhumatologue, le docteur G_____, psychiatre, et la doctoresse H_____, neurologue. Le rapport a été établi le 9 mai 2014.

Les experts ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, trouble de l'adaptation réactionnelle mixte anxieux et dépressif, troubles dégénératifs du rachis lombaire et insuffisance cardiaque compensée.

L'intéressée est limitée dans les travaux lourds, le port de charges, les activités avec les membres supérieurs en élévation, les activités avec la tête en extension ou en flexion prolongée et dans toute activité présentant un risque en cas de perte de connaissance, depuis l'accident survenu en mai 2011. L'incapacité de travail comme nettoyeuse est totale et n'a pas changé depuis la date de l'accident. La capacité de travail est en revanche entière dans une activité adaptée aux limitations, ce depuis le 1^{er} août 2013. Le pronostic est réservé, dépendant de l'évolution du canal cervical étroit.

Il n'y a pas de comorbidité psychiatrique importante, pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou d'affections corporelles chroniques, pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, pas d'échec de traitement ambulatoire ou stationnaire, pas de comorbidité psychiatrique, pas d'état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit et pas de limitation liée à l'exercice d'une activité résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable.

10. Une enquête économique sur le ménage a été menée le 10 octobre 2014 par une infirmière du service externe. Il a été tenu compte, dans l'évaluation de la situation, de l'aide apportée par la fille, handicapée, de l'intéressée qui vit en permanence avec sa mère. Il n'a pas été possible de mettre en évidence une différence entre la période retenue par le SMR, à savoir une incapacité de travail entre mai 2011 et août 2013, avec un début de l'aptitude à la réadaptation dès août 2013. L'intéressée ne fait pas de différence entre le début de l'atteinte et août 2013. Elle se décrit comme invalide depuis son accident sans mentionner d'amélioration. L'incapacité de gain admise entre mai 2011 et août 2013 n'a pas de répercussion sur la sphère ménagère et le taux d'empêchement dans la sphère ménagère reste le même. Celui-ci a été fixé à 6%.
11. L'OAI a retenu pour l'intéressée un statut mixte, soit celui d'une personne travaillant à 45% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 55% restants, au motif que selon une note interne du 31 octobre 2014, « il est indiqué que l'assurée aurait continué à travailler comme avant l'atteinte à la santé par besoins financiers. Nous ne voyons pas au dossier d'évènements ou d'éléments rendant vraisemblable que notre assurée aurait cherché à modifier son taux d'activité si elle avait été en bonne santé ».

-
12. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Il s'est fondé sur un revenu annuel brut sans invalidité de CHF 24'293.-, selon le questionnaire-employeur du 6 février 2012, et un revenu avec invalidité de CHF 20'708.-, compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%, admise en raison des limitations fonctionnelles (pas de travaux lourds, pas de ports de charge et activité légère).

L'OAI a ainsi fixé le degré d'invalidité à 9,94%.

13. Le 5 novembre 2014, l'OAI a transmis à l'intéressée un projet d'acceptation de rente, à savoir un quart de rente à compter du 1^{er} juillet 2012. Il a en effet tenu compte qu'en mai 2012, le degré d'invalidité était le suivant :

activité lucrative	empêchement	degré d'invalidité
45%	100%	45%
travaux habituels		
55%	6%	3%
degré d'invalidité		48%

et qu'en août 2013, il était de :

activité lucrative	empêchement	degré d'invalidité
45%	15%	7%
travaux habituels		
55%	6%	3%
degré d'invalidité		10%

Il a dès lors limité le droit à la rente au 30 novembre 2013, soit trois mois après le changement de circonstance.

14. Par décision du 5 mars 2015, l'intéressée a ainsi été mise au bénéfice d'un quart de rente du 1^{er} juillet 2012 au 30 novembre 2013.
15. L'intéressée, représentée par sa curatrice, a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 30 mars 2017.
16. Le 28 juin 2017, l'OAI a transmis à l'intéressée un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière.
17. L'intéressée, par l'intermédiaire de sa curatrice, a contesté le projet de décision le 12 juillet 2017. Elle produit un rapport du Dr C_____ du 29 juin 2017, aux termes duquel celui-ci considère que sa patiente ne présente aucune capacité de gain résiduelle, que son incapacité de travail est entière quelle que soit l'activité envisagée. Le médecin y ajoute que « ma patiente n'est pas une fainéante qui profite de l'aide sociale. C'est une personne très volontaire et responsable qui a malheureusement eu beaucoup de problèmes de santé et qui de surcroît subit des complications majeures de certains gestes « thérapeutiques » effectués par le service de cardiologie des HUG. Par conséquent, ma patiente a droit à une rente à

100% en raison de tous les problèmes de santé et complications iatrogènes dont elle a souffert et qui ont laissé des séquelles chroniques et irréversibles ».

L'intéressée prie l'OAI de reprendre l'instruction du dossier et d'analyser le caractère invalidant de son trouble somatoforme douloureux en application de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. Elle reprend divers points de l'expertise du 9 mai 2014.

18. Par décision du 19 juillet 2017, l'OAI a confirmé qu'il refusait d'entrer en matière, précisant qu'il avait soumis le rapport du Dr C_____ au médecin du SMR, lequel avait considéré qu'il ne rendait pas plausible une modification durable de l'état de santé de l'intéressée.
19. Un second rapport du Dr C_____, daté du 19 juillet 2017, a été produit. Le médecin atteste qu'il y a aggravation de l'état de santé. Selon lui, l'intéressée présente clairement une incapacité de gain de 100% depuis 2011, sa situation médicale s'est dégradée. 1. problème cardiovasculaire, 2. problèmes rachidiens et radiculaires, 3. problèmes endocriniens et 4. problèmes psychiatriques (état dépressif sévère, troubles anxieux généralisés et trouble somatoforme).
20. À nouveau invité à se déterminer, le médecin du SMR a toutefois constaté, dans une note du 20 septembre 2017, que toutes les atteintes à la santé signalées par le Dr C_____ ont déjà fait l'objet d'une prise de position de sa part. Aucun élément objectif nouveau n'est mentionné pouvant démontrer une modification durable de l'état de santé de l'intéressée depuis la dernière décision. Ce rapport reprend les pathologies déjà connues.
21. Par décision du 5 octobre 2017, annulant et remplaçant celle du 19 juillet 2017, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière, tout en faisant part des considérations du SMR.
22. L'intéressée, par l'intermédiaire de sa curatrice, a interjeté recours le 3 novembre 2017 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI de reprendre l'instruction du dossier, si besoin est, au moyen d'une expertise complémentaire, et principalement, à ce que la décision de l'OAI du 5 octobre 2017 soit annulée, à ce qu'il soit ordonné à l'OAI d'entrer en matière sur sa demande de prestations et à ce qu'une rente d'invalidité lui soit accordée pour une durée indéterminée.
23. Dans sa réponse du 5 décembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que la production de nouvelles pièces médicales n'a pas lieu d'être, étant donné que la seule question litigieuse est de savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Il indique par ailleurs que la nouvelle jurisprudence ne constitue pas en soi un motif de révision pour les demandes de prestations rejetées sous l'empire de l'ancienne jurisprudence dans des cas de syndrome somatoforme douloureux. Elle ne modifie pas les conditions d'obtention des prestations, elle se limite à introduire de nouveaux indicateurs pour juger des cas.

24. Ce courrier a été transmis à l'intéressée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable en l'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'OAI de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations déposée par l'intéressée.
5. Le litige se limite au point de savoir si l'OAI était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'intéressée.
6. 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).
7. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter (ATF 109 V 108 consid. 2b). Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer

en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

8. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2, 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral des assurances a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 RAI (voir l'art. 43 al. 3 LPG) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst. ; ATF 124 II 265 consid. 4a).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 ; voir arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme *Dombo Beheer BV contre Pays-Bas* du 27 octobre 1993, Série A, vol. 274 n° 33).

9. 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).

10. 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).

11. Il ressort de ce qui précède que la question litigieuse en l'occurrence est uniquement celle de savoir si l'intéressée, au moment de la décision litigieuse - soit le 19 juillet 2017 - avait rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 5 mars 2015, date à laquelle la dernière décision entrée en force a été rendue. C'est en effet cette dernière décision qui repose 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 qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

12. Dans son rapport du 29 juin 2017, le Dr C_____ affirme que sa patiente est incapable de travailler à 100% depuis son accident dans toute activité, ce qui implique, selon lui, une aggravation de l'état de santé, dès lors que dans son précédent rapport en janvier 2012, il estimait qu'un travail à plein temps était possible dans une activité adaptée, tout en signalant d'ores et déjà qu'il ne savait pas si une amélioration de l'état de santé pouvait être envisagée. Il n'explique cependant pas en quoi il y aurait une aggravation, se bornant à souligner que sa patiente « n'est pas une fainéante qui profite de l'aide sociale ». Dans son second rapport du 19 juillet 2017, il ne fait pas non plus état d'élément nouveau objectif qui justifierait de considérer qu'une aggravation est survenue. Il énumère la liste des « problèmes » dont sa patiente souffre, sans apporter plus de précisions. Il ne retient en particulier pas de nouveau diagnostic qui n'aurait pas déjà été examiné dans l'expertise du 13 mai 2014.

Force est ainsi de constater que les rapports du Dr C_____ ne sont pas à même de démontrer une aggravation plausible de l'état de santé de l'intéressée.

13. L'intéressée demande enfin que la nouvelle jurisprudence en matière de trouble somatoforme douloureux soit appliquée à son cas.

Dans son arrêt du 3 juin 2015 publié aux ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a en effet abandonné la présomption prévalant à ce jour, selon laquelle les symptômes du type trouble somatoforme douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible. Néanmoins, l'analyse doit tenir compte d'indicateurs excluant la valeur invalidante de ces diagnostics (arrêt op.cit. consid. 2.2, 2.2.1 et 2.2.2).

Dorénavant, la capacité de travail réellement exigible des personnes souffrant d'une symptomatologie douloureuse sans substrat organique doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sur la base d'une vision d'ensemble, à la lumière des circonstances du cas particulier et sans résultat prédéfini. L'évaluation doit être effectuée sur la base d'un catalogue d'indicateurs de gravité et de cohérence.

Il y a toutefois lieu de rappeler que tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2 ; cf. également circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n^{os} 5005ss).

14. Au vu de ce qui précède, la décision du 5 octobre 2017 refusant d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'intéressée ne peut qu'être confirmée et le recours rejeté.
15. Il demeure néanmoins loisible à l'intéressée de saisir en tout temps l'administration d'une nouvelle demande de prestations, si elle estime que les conditions en sont remplies.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Renonce à percevoir un émolument.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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