
EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née le _____ 1960, mariée, originaire du Kosovo, a été naturalisée suisse en 2007. L'intéressée a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays sans acquérir de formation professionnelle ni diplôme. Arrivée en Suisse en 1991, elle a exercé divers emplois à temps partiel dans les nettoyages. De décembre 2002 à décembre 2003, l'intéressée – placée par l'Office cantonal de l'emploi – a travaillé comme employée de nettoyage au Musée B_____ à Genève à plein temps. Elle a ensuite exercé une activité lucrative à temps partiel pour la société C_____ (SUISSE) SA entre 2006 et 2010.
2. L'intéressée est en arrêt de travail à 100 % depuis le 12 août 2010. Son contrat de travail a pris fin le 31 janvier 2011 à l'échéance du délai de protection.
3. Le 5 janvier 2011, l'intéressée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une hernie discale dont elle souffre depuis le mois d'août 2010 et de varices qu'elle a depuis 20 ans.
4. Le 23 janvier 2011, le Dr D_____, FMH en médecine générale, médecin traitant de l'intéressée depuis le 11 août 2010, a rempli – sur demande de l'OAI – un formulaire intitulé « Rapport médical pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle ». Il y indique que sa patiente souffre d'une hernie discale L4-L5 médio-latérale gauche depuis l'été 2010, générant des lombalgies et lombosciatalgies impactant sa capacité de travail. Il ajoute que sa patiente souffre d'hypertension artérielle et a subi un IVC, ces deux derniers diagnostics étant sans impact sur la capacité de travail de sa patiente. Selon lui, la patiente est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'employée dans une société de nettoyages depuis le 12 août 2010, en raison des importantes lombalgies et de l'impossibilité de se mobiliser activement avec la région lombaire et de la nette diminution du périmètre de marche.

En annexe à ce formulaire, le médecin traitant indique notamment que sa patiente présente une marche légèrement améliorée suite aux traitements, mais qu'une « certaine boiterie antalgique et une nette limitation du périmètre de marche en raison de lombo-sciatalgies » persistent. Des douleurs de 6-7 sur une échelle de 10 sont constantes, malgré l'absence de clair déficit neurologique, mais la patiente refuse de prendre des opiacés, appréhendant les effets secondaires des médicaments.

De nombreux rapports médicaux et courriers de ses confrères faisant état des antécédents médicaux de l'intéressée sont également joints à son envoi, parmi lesquels :

- Un courrier du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne-angiologie, au Dr F_____ daté du 8 mai 2007, dont il ressort que la patiente l'a consulté

- pour un bilan veineux. Il y fait état d'une importante récurrence variqueuse bilatérale avec des varices de fort calibre ;
- un bilan radiologique des Drs G_____ et H_____ du 5 décembre 2008 au terme duquel aucune lésion n'a été observée ;
 - un rapport de la Dresse I_____ daté du 9 juillet 2009, qui indique avoir été consultée par la patiente pour des douleurs sous les avant-pieds avec décharges électriques dans les orteils II, III et IV lorsqu'elle marche. La doctoresse indique rencontrer des difficultés à poser un diagnostic, la patiente ressentant des douleurs à n'importe quelle palpation. Elle précise en outre n'avoir pas réussi à déclencher de nette douleur au Squiz test mais déclare avoir trouvé une bursite pré-métatarsienne à gauche, qui pourrait expliquer les symptômes ;
 - un rapport d'hématologie de e-lab.ch daté du 18 mars 2010 ;
 - un bilan radiologique des Drs G_____ et H_____ du 24 août 2010 qui confirme l'absence de lésion ;
 - un courrier daté du 31 août 2010 que lui a adressé le Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie. Il y indique que la patiente présente une relativement importante et diffuse récurrence variqueuse pour laquelle il ne recommande toutefois pas d'intervention chirurgicale. Selon lui, la récurrence n'explique ni les douleurs au pied ni celles à la jambe ou à la cuisse. Il ajoute qu'un diagnostic différentiel pourrait établir un névrome de Morton et/ou un conflit radiculaire ;
 - un rapport médical du Dr K_____ daté du 2 septembre 2010 indique qu'un IRM du rachis lombaire effectué le 2 septembre 2010 a révélé une hernie discale postéro-latérale gauche en L4-L5, responsable d'un conflit radiculaire unilatéral en L5 ;
 - un courrier du 8 octobre 2010 du Dr L_____, médecin chef du service de neurochirurgie des HUG, dans lequel il est indiqué que malgré l'absence de déficit neurologique à part une très légère faiblesse de l'élévateur du pied gauche, il a proposé un traitement chirurgical à la patiente mais que celle-ci lui a répondu, anxieuse, qu'elle devait y réfléchir.
5. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 19 juin 2011, le Dr D_____ a confirmé ses diagnostics précédents et indiqué que l'état de santé de sa patiente était en évolution, puis qu'il s'était aggravé depuis un mois, celle-ci se plaignant désormais de douleurs nettes aux épaules avec limitation fonctionnelle (avec une impossibilité de se peigner). Il a rapporté une compliance optimale et retenu une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Le pronostic était incertain, surtout du fait que la patiente « ne veut pas actuellement recourir à la chirurgie pour ses problèmes de dos ».
6. Par rapport du 17 septembre 2011, le Dr D_____ a indiqué que la situation de l'intéressée était restée inchangée depuis le 19 juin 2011, hormis une nette

amélioration de douleurs qu'elle avait au niveau de la ceinture scapulaire. Son pronostic restait toutefois réservé et dépendait de l'évolution et de l'opérabilité, étant précisé que la patiente restait opposée à toute intervention chirurgicale. Il a affirmé que l'activité d'aide de ménage qu'exerçait précédemment sa patiente était à exclure, et a indiqué qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. A la question de savoir si la patiente pouvait soulever ou porter des charges, le médecin traitant a apposé un point d'interrogation.

En annexe à ce formulaire, le médecin a joint un rapport d'hématologie daté du 11 août 2011 du laboratoire e-lab.ch.

7. Dans un avis médical du 4 octobre 2011, la Dresse M_____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que la profession que l'intéressée exerçait précédemment n'était plus exigible, mais a considéré qu'une activité adaptée pourrait être exercée à terme à taux plein. Elle a recommandé à l'OAI de demander au médecin traitant d'indiquer dans quelle activité adaptée de type sédentaire l'assurée pourrait travailler 2h par jour.
8. Dans son rapport du 12 octobre 2011 à l'OAI, le Dr D_____ a fait état de la persistance des limitations affectant sa patiente, causées par ses lombo-sciatalgies. Il a précisé qu'il lui semblait que sa patiente prenait un traitement antalgique majeur de *Targin*, sans obtenir de résultat probant. Il a en outre indiqué que sa patiente suivait des séances d'acupuncture, sans toutefois depuis assez longtemps pour que des conclusions puissent être tirées de ce nouveau traitement. De plus, il a rapporté des douleurs et des limitations intenses de la ceinture scapulaire, « sans réel argument pour une atteinte de type polymyalgia », et a rappelé l'IVC marquée et symptomatique et son hypertension artérielle pour lesquels elle était toujours suivie. Pour ces motifs, il a estimé qu'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée se justifiait.
9. Le 5 novembre 2011, le Dr N_____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé que la situation médicale de l'intéressée était en évolution et qu'il convenait d'attendre qu'elle se stabilise.
10. Le 22 novembre 2011, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a relevé que l'assurée aurait aimé travailler à un taux plus élevé – principalement pour des motifs financiers – mais que ce désir n'a jamais pu être comblé, faute d'opportunités. L'assurée a indiqué avoir travaillé à 100% comme nettoyeuse au Musée B_____, mais n'avoir pas pu y rester à la fin de son placement. Elle a ensuite affirmé avoir travaillé pour la société C_____ (Suisse) SA entre 2003 et 2010. L'intéressée bénéficiait d'aides de l'Hospice général depuis juin 2011. Son fils et sa belle-fille l'entretenaient, ainsi que son mari, ce dernier étant dans l'attente d'une décision suite à une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Cela étant, sa belle-fille ne supportant plus la cohabitation avec ses beaux-parents, une procédure de séparation aurait été engagée.

L'enquêtrice a indiqué que l'assurée ne faisait « strictement plus rien actuellement, à part s'occuper d'elle péniblement », son fils et sa belle-fille se chargeant de tout.

Les empêchements retenus dans la sphère ménagère ont été évalués à 30 %, en comptant une exigibilité d'environ 30% pour les membres de sa famille partageant son foyer (fils, belle-fille et époux « éventuellement »).

11. Le Dr D_____ a indiqué dans un rapport médical intermédiaire du 11 décembre 2011 que l'état de santé de la patiente s'était aggravé, avec une évolution défavorable, en particulier depuis le 20 septembre 2011, en raison de ses douleurs aux épaules et d'un état dépressif réactionnel ne nécessitant pas de prise en charge psychiatrique. Il a mentionné notamment une épaule gauche gelée versus Südeck. Il a conclu en excluant tout retour au travail ultérieur, que ce soit dans le même métier ou dans un autre. Il a notamment joint à son rapport :

- un rapport du Dr K_____ de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes indiquant que l'intéressée a fait l'objet d'un examen le 28 octobre 2011 en raison d'une toux chronique et que « l'image cardio-pulmonaire [était] dans la norme pour l'âge de la patiente, hormis un discret épaissement péri-bronchique bilatéral aspécifique » ;
- un courrier de la Dresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne – maladies rhumatismales, qui a examiné l'intéressée les 7 et 16 novembre 2011 afin de cerner la cause des douleurs aux épaules. Il en est ressorti un discret syndrome inflammatoire pour lequel la doctoresse n'a trouvé aucun argument permettant de conclure à une éventuelle polymyalgie. Elle indique enfin que des radiographies ont révélé un épéron sous-acromial avec présence d'une déchirure partielle du sus-épineux et une bursite sous-acromiale du côté droit, ainsi qu'une bursite sous-acromiale du côté gauche et souligne que paradoxalement, la limitation fonctionnelle est plus importante du côté gauche.

12. Suite à ce rapport médical, l'OAI a requis du Dr D_____ des informations complémentaires sur les atteintes psychiatriques affectant sa patiente, sur le traitement médicamenteux et le suivi dont elle bénéficiait, ainsi que sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. A la même date, des précisions ont également été demandées à la Dresse O_____, concernant l'impact des séances de physiothérapie sur les douleurs de la patiente, sur le pronostic, les limitations fonctionnelles, ainsi que sur la capacité de travail.

13. Le 22 janvier 2012, le Dr D_____ a répondu que sa patiente présentait des signes de la lignée dépressive avec tristesse, découragement, troubles du sommeil, tous en lien avec ses problèmes médicaux et ses soucis familiaux. Il précise qu'il s'agit d'une dysthymie réactionnelle « tout à fait compréhensive vu le vécu actuel ». Ces problèmes psychiatriques ne sont d'après lui - à priori - pas incapacitants. Il a ajouté que le traitement médicamenteux et le suivi étaient optimaux, mais que la reprise d'une activité professionnelle était illusoire, et qu'à moyen-terme une

activité adaptée à ses limitations et douleurs résiduelles pourrait être examinée. Il a relevé que sa patiente ne souhaitait toujours pas subir d'intervention chirurgicale.

14. Par courrier du 23 janvier 2012, la Dresse O_____ a expliqué qu'elle n'avait pas revu la patiente récemment mais que l'évolution était généralement favorable pour le diagnostic qu'elle avait posé. Elle a indiqué que les limitations fonctionnelles se manifestaient « en rotation interne » (« la patiente arrivait à se toucher la hanche avec difficulté »), mais aussi à l'élévation antérieure et à l'abduction. Concernant les épaules, vu les douleurs et le handicap, elle a évalué l'incapacité de travail à 100%.
15. Dans un avis médical du 10 février 2012, le SMR, sous la plume du Dr. P_____, a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle et le restera dans son activité habituelle, mais qu'elle était pleine dans une activité adaptée. Afin de délimiter les droits de l'intéressée, il a indiqué que le médecin-traitant de l'assurée devait argumenter les raisons cliniques fondant une limitation de sa capacité de travail dans une activité adaptée.
16. Par courrier du 11 mars 2012, le médecin-traitant a indiqué qu'il n'était pas possible pour le moment de connaître la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée en raison de la problématique douloureuse plurifocale. Il a en outre indiqué que la patiente serait prochainement hospitalisée à la clinique de Beau-Séjour des HUG, service de rhumatologie, afin de mieux évaluer la situation et d'effectuer les bilans utiles.
17. Dans un courrier du 26 février 2012 au service de rhumatologie de la clinique de Beau-Séjour, le Dr D_____ indique que l'épaule droite est douloureuse à la mobilisation, « bien que l'amplitude des mouvements reste assez bonne » et que l'épaule gauche relève une abduction maximale à 23 degrés avec des difficultés à l'élévation et à la rétropulsion. S'agissant des lombalgies, il rapporte des irradiations sur le territoire L4-L5 gauche avec un trouble de la sensibilité superficielle et discriminative sur la face latérale externe de la jambe gauche, la patiente décrivant des crampes nocturnes importantes du pied gauche. Il rapporte également une toux irritative durable qui ne répond pas aux traitements classiques et de l'« hyperréactivité bronchite ».
18. Un rapport du service de radiologie des HUG rapporte qu'un examen du 14 mars 2012 a révélé :
 - suite à une radiographie de face rotations externe et interne des épaules droit et gauche : des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sous forme d'une diminution de l'espace sous-acromial en rapport avec un enthésophyte du bord inférieur de l'acromion ;
 - suite à une radiographie de la colonne lombaire de face et de profil, ainsi que le cliché du bassin de face : rien de particulier hormis une discrète ostéophytose antérieure au niveau L4.

19. Dans un avis médical du 26 juin 2012, le SMR a estimé que le taux d'empêchements retenus à hauteur de 29,5% suite à l'enquête ménagère du 24 novembre 2011 lui semblait exagéré au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était supérieure à ce qu'elle déclarait. En l'absence d'une réponse précise du médecin-traitant, un examen rhumatologique et psychiatrique s'imposait.
20. Dans un courriel du 2 octobre 2012 au médecin-traitant de l'intéressée, le docteur Q_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué n'avoir pas pu diagnostiquer de syndrome du canal carpien à l'issue d'un examen d'électro-neuro-myographie. Il a estimé qu'une composante neurogène apparaissait négligeable pour les membres supérieurs et que les douleurs présentées par la patiente étaient « probablement favorisées par un abaissement du seuil douloureux de type fibromyalgie ».
21. Un examen clinique de l'intéressée a eu lieu le 15 octobre 2012 auprès du SMR par le Dr R_____, médecin FMH en médecine interne et rhumatologie et expert médical SIM, et la Dresse S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et expert médical SIM. Dans leur rapport, les médecins ont relevé d'importantes résistances volontaires et l'attitude très démonstrative avec laquelle l'intéressée a manifesté sa douleur durant les tests. Ils ont posé les diagnostics suivants, avec impact sur la capacité de travail :
- lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 gauche et canal lombaire étroit ;
 - périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec rupture partielle du sus-épineux ;
 - insuffisance veineuse dans le cadre d'un status variqueux et d'un status après deux opérations de varices.

S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une obésité avec IMC à 34 et une hypertension artérielle traitée ont été retenus.

Les médecins du SMR ont estimé que les limitations fonctionnelles ne permettaient pas à l'intéressée de poursuivre son activité de nettoyeuse, sa capacité de travail étant nulle dans la même occupation, mais ont considéré qu'aucune raison biomécanique ne permettait d'attester une incapacité de travail supérieure à 20 % dans une activité strictement adaptée, ce depuis le 12 août 2010. Enfin, aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'a été retenue au terme de l'examen clinique psychiatrique.

22. Suite à cet examen clinique, le Dr P_____ du SMR a relevé en date du 1^{er} novembre 2012 les limitations fonctionnelles à prendre en compte dans le cadre d'une recherche d'activité professionnelle pour l'intéressée : « [Concernant le] rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois pas heure la position assise et la position

debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. [Concernant les] membres inférieurs : pas de position debout ou de marche de plus de 30 min. ». Du point de vue psychiatrique, il a indiqué que le diagnostic d'état dépressif réactionnel retenu par le médecin-traitant était en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail. Dans un rapport daté du 22 novembre 2012, le Dr P_____, a estimé que l'examen 15 octobre 2012 était convaincant et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des deux médecins examinateurs.

23. Le 12 mars 2013, un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité a été adressé à l'intéressée. L'OAI a retenu l'avis de son service médical selon lequel l'assurée était à même d'exercer une activité adaptée à 80%, qui ne nécessitait pas de formation complémentaire et respectait ses limitations fonctionnelles. A l'examen de la différence de revenus avec et sans invalidité, la perte de gain liée à l'invalidité était de 28 %, de sorte qu'aucune rente ou mesures professionnelles ne se justifiaient.
24. Par courrier du 19 mars 2013, l'intéressée a contesté ledit projet, relevant que l'OAI s'était basé sur un examen de janvier 2012, sans avoir pris en compte l'aggravation de son état de santé depuis. Elle a indiqué que des consultations étaient prévues jusqu'au 11 avril 2013 et qu'elle se tiendrait à la disposition de l'OAI à partir de cette date pour l'informer des derniers développements.
25. Par décision du 28 juin 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures de réadaptation, motif pris que le degré d'invalidité de 28 % ne donnait pas droit à une rente et que l'intéressée était à même d'exercer une activité adaptée à 80 %, laquelle ne nécessite pas de formation particulière. Pour le surplus, aucun nouvel élément ne lui avait permis de revoir sa position.
26. Par acte daté du 26 juillet 2013, l'intéressée a recouru auprès de la chambre des assurances de la Cour de justice à l'encontre de cette décision (A/2448/2013). Elle invoque une aggravation de son état de santé depuis le dernier rapport médical sur lequel s'est fondé l'intimé, datant d'après elle de janvier 2012. Elle reproche en outre à l'intimé d'avoir pris sa décision sans l'avoir rencontrée, alors que son « handicap est en grande partie dû à ses varices qui sont très visibles ». Elle affirme ne pouvoir travailler ni debout, ni assise, ni couchée et qu'elle n'a aucune formation lui permettant de travailler « juste avec sa voix ». Elle serait cependant prête à exercer un emploi qui lui permettrait « à tout moment de se tordre de douleur jusqu'à en pleurer » ou à « travailler parfois avec une seule main ». Elle indique enfin qu'il faudrait également que ce travail lui permette « de s'absenter à tout moment pour partir dormir » en raison de sa fatigue due à son sommeil peu récupérateur.
27. Dans sa réponse, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il se réfère au rapport d'examen du SMR du 24 octobre 2012 et relève que les médecins du SMR n'ont

pas constaté l'aggravation de l'état de santé soulevée par l'assurée. Par conséquent, l'intimé persiste dans ses conclusions, retenant une capacité de travail de 0 % dans l'activité habituelle et de 80 % dans une activité adaptée. Il précise que les varices de l'assurée ont été retenues comme l'une des affections impactant la capacité de travail de la recourante, raison pour laquelle celle-ci a été évaluée à 0 % dans l'activité habituelle. Pour le surplus, aucun élément ne lui permet d'apprécier différemment le cas.

28. Par arrêt du 12 mars 2014 (ATAS/288/2014), la chambre de céans a rejeté le recours en considérant que le rapport du SMR, probant, n'étant pas valablement remis en cause par l'appréciation contraire des médecins-traitants. En outre, la recourante avait un statut d'active à 100 % et son taux d'invalidité était de 32 %, insuffisant pour avoir le droit à une rente d'invalidité ; des mesures de réadaptation devaient être refusées car elles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de gain.
29. Le 17 octobre 2014, le Dr D_____ a écrit à l'OAI que l'intéressée n'avait pas eu de réponse à son recours. Elle souffrait quotidiennement depuis des mois de lombosciatalgies gauches exacerbées même à une marche de quelques mètres qui étaient rapidement accompagnées de crampes aux deux membres inférieurs. Ces crampes intervenaient dans un contexte d'insuffisance veineuse déjà opérée trois fois, sans grand succès à long terme vu l'importance du status variqueux. L'intéressée se plaignait en outre de diminution de sensibilité de l'extérieur de la jambe gauche et sous le pied gauche, nuit et jour. A ceci se rajoutaient à nouveau les crampes des jambes qui perturbaient le sommeil. Ceci modulait des céphalées et selon l'état de fatigue une importante variabilité de la tension artérielle.

En outre, elle se plaignait de douleurs répétées au niveau de la nuque, des épaules et de tensions dans les trapèzes. Une récente IRM lombaire montrait un rétrécissement récessal bilatéral plus marqué à gauche au niveau de l'émergence des racines L5. Pratiquement, l'intéressée se disait limitée grandement même pour les activités ménagères. Elle éprouvait des difficultés à préparer les repas, faire le ménage et le repassage, activités pour lesquelles elle avait de l'aide régulièrement.

Dans ce contexte, et vu la durée et l'importance des problèmes actuels, il semblait nécessaire de revoir la situation de l'intéressée, l'état douloureux et les limitations qui y étaient liées étant visiblement une entrave importante pour une activité professionnelle.

Il a joint une IRM lombosacrée du 17 septembre 2014, concluant à une discopathie L4-L5 sans visualisation d'hernie discale ce jour ; arthrose inter-apophysaire postérieure modérée. Ces anomalies spondylarthrosiques étaient responsables d'un rétrécissement récessal bilatéral plus à gauche, en regard de l'émergence des racines L5.

30. Le 18 novembre 2014, l'OAI a écrit à la recourante pour lui demander de préciser si elle entendait déposer une nouvelle demande.

31. Le 19 juin 2017, l'intéressée, représentée par Me Christian CANELA, avocat au barreau vaudois, a déposé une demande de révision procédurale, au sens de l'art. 17 LPG, subsidiairement 53 LPG, au motif que sa mobilité fonctionnelle ne cessait d'empirer et qu'elle ne disposait d'aucune capacité de gain, de sorte qu'elle avait droit à une rente entière d'invalidité.
32. Le 22 juin 2017, l'OAI a imparti à l'intéressée un délai de trente jours pour communiquer tout document permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la décision du 28 juin 2013.
33. Par projet de décision du 16 août 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
34. Le 23 août 2017, la recourante a requis de l'OAI qu'il rétracte sa décision, le délai de trente jours fixé par courrier du 22 juin 2017 n'étant pas échu, compte tenu des fêtes et communiqué un courrier du docteur T_____, FMH médecine interne cardiologie du 18 juillet 2017, selon lequel l'assurée a eu « une cardioversion médicamenteuse d'une FA au début du mois de mars 2017. Cette FA persistante a été le premier épisode et vraisemblablement elle avait duré environ six mois au moins (peut-être neuf ?). Depuis sa CV en RS à ce jour, donc cinq mois, elle n'avait pas ni constaté une grosse irrégularité du cœur ni du pouls lors de ses braves auto-mesures de la TA à domicile, chose que j'ai encouragée vivement ! Hormis la FA, elle a une HTA normalisée par une bi-thérapie (Nifédipine CR 30 et Valsartan / HCT 80 /12.5) voire quelques mesures systoliques à domicile un petit peu basses entre 110 et 120 mmHg. Vu ses deux facteurs (FA et HTA), j'ai prolongé l'Eliquis jusqu'à fin Août (après ses vacances d'été). J'ai stoppé la Cordarone récemment dès la mi-Juin 2017 avec un RS à ce jour mais une petite HTA isolée de cabinet due au stress (140/80 mmHg et FC à 89/min.). Je la reverrai vers la mi-Septembre pour juger si le RS est maintenu ou hélas que la FA a récidivé ainsi que pour la suite à donner à son NACO (Eliquis). ».
35. Le 25 août 2017, l'OAI a accordé à la recourante un délai au 28 septembre 2017 pour lui faire parvenir tout document médical susceptible de modifier son appréciation.
36. Le 20 septembre 2017, la recourante a recouru à l'encontre du projet de décision de l'OAI du 22 juin 2017 auprès de la chambre de céans.
37. Par arrêt du 2 octobre 2017 (ATAS/852/2017), la chambre de céans a déclaré le recours irrecevable et l'a transmis à l'OAI comme objet de sa compétence.
38. Le 5 octobre 2017, le Dr P_____ du SMR a estimé que le rapport de consultation en cardiologie du 18 juillet 2017 ne contenait aucun élément laissant penser à une aggravation de l'état de santé de la recourante.
39. Par décision du 9 octobre 2017, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations du 20 juin 2017, faute de document médical probant justifiant une aggravation de l'état de santé de la recourante.

40. Le 17 novembre 2017, la recourante, représentée par Me CANELA, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 octobre 2017 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvel examen au motif que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision de l'OAI, tant du point de vue psychique (graves troubles dépressifs) que physique (mobilité très réduite, crampes des membres inférieurs et problèmes cardiaques) entraînant une incapacité totale de gain et un degré d'invalidité d'au moins 90%.
41. Le 28 novembre 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que le document médical du cardiologue du 18 juillet 2017 ne permettait pas de retenir une aggravation plausible de l'état de santé de la recourante.
42. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA).
3. a. Selon l'art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).

La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères.

b. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). Cette exigence doit permettre à l'administration, qui a

précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114).

c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 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 p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, 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 (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1).

4. En l'occurrence, la recourante s'est bornée à communiquer à l'intimé, dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, un courrier du Dr T_____ adressé au Dr D_____ du 18 juillet 2017, peu explicite dès lors qu'il expose en abréviations médicales, la problématique cardiaque de la recourante. On peut cependant comprendre que cette dernière a présenté une fibrillation auriculaire (FA) en mars 2017, qu'elle a été traitée par cardioversion médicamenteuse et qu'un rendez-vous est prévu en septembre pour observer si la FA a récidivé ou non.

Cet avis médical se limite ainsi à attester d'une problématique cardiologique qui a été traitée, sous surveillance depuis, sans mention d'aucune limitation fonctionnelle en découlant, ni d'aucun impact sur la capacité de travail de celle-ci.

En conséquence, la décision de l'intimé de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, au motif que celle-ci n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé, n'est pas critiquable et ne peut qu'être confirmée.

5. Partant, le recours sera rejeté et un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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