

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/508/2025

ATAS/185/2026

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 9 mars 2026**

**Chambre 1**

En la cause

A\_\_\_\_\_

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Amélie FIGUET MAYSTRE, présidente ; Yves MABILLARD, Michael  
RUDERMANN, juges assesseurs**

---

## **EN FAIT**

- A.** **a.** A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1974, d'origine portugaise, est mariée et mère de trois enfants, nés en 1998, 2010 et 2014.
- b.** L'assurée a effectué une école de formation pour adultes et un apprentissage de serveuse au Portugal.
- c.** Depuis son arrivée en Suisse le 17 septembre 2008, l'assurée a travaillé en tant que femme de chambre à 100% au sein de l'entreprise B\_\_\_\_\_ SA, sise à Genève.
- d.** Le 3 novembre 2017, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OAI), indiquant souffrir d'une cervicalgie droite, d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, prédominant à droite et d'une arthroscopie de l'épaule droite, avec résection seromio-claviculaire. Elle était en arrêt de travail à 100% depuis le 31 mai 2017.
- e.** Dans le cadre de l'instruction du dossier, l'OAI a notamment rassemblé les documents médicaux suivants :
- i. un rapport sur arthro-IRM de l'épaule droite du 20 juin 2017, lequel a conclu à l'absence de lésion évidente de la coiffe des rotateurs et à une petite arthrose acromio-claviculaire discrètement œdémateuse ;
  - ii. un rapport du 11 juillet 2017 établi par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, laquelle a confirmé la suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien bilatéral nettement prédominant à droite. Il s'agissait d'une atteinte sensitivomotrice myélinique très marquée du nerf médian à droite au carpe et d'une atteinte sensitive myélinique légère du nerf médian à gauche. Il y avait une indication à une cure chirurgicale du syndrome du tunnel carpien droit ;
  - iii. un rapport opératoire du 30 août 2017 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, faisant état d'une arthroscopie de l'épaule droite, acromioplastie décompressive, résection acromio-claviculaire et cure du tunnel carpien à droite, effectuées en raison d'un conflit sous-acromial et arthrose acromio-claviculaire à l'épaule droite ainsi que d'une compression du tunnel carpien à droite ;
  - iv. un rapport du 15 novembre 2017 de la docteure E\_\_\_\_\_, spécialisée en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, retenant les diagnostics de dépression et de conflit sous-acromial pour lequel elle avait été opérée en août 2017. L'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 31 mai 2017 et le pronostic était réservé. Elle n'était plus en mesure de travailler comme femme de chambre ;

- v. un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 20 novembre 2017, relevant notamment des douleurs persistantes et une limitation fonctionnelle de l'épaule et de la main droite, en lien avec une nouvelle chute survenue en septembre 2017. L'évolution était lentement favorable, mais l'assurée présentait toujours une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Il était trop tôt pour se prononcer sur une éventuelle reprise ;
- vi. un rapport du 15 février 2018 du docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Il suivait l'assurée depuis le 18 août 2017, à raison d'une fois par mois. Du point de vue psychique, l'assurée ne présentait pas d'incapacité de travail.
- f. Le 11 mai 2018, la docteure G\_\_\_\_\_, spécialisée en médecine interne générale et médecin au service médical régional de l'OAI (ci-après : SMR), a indiqué qu'afin de juger de l'évolution du membre supérieur droit depuis l'intervention d'août 2017, il convenait d'interroger le chirurgien orthopédique.
- g. Dans un rapport du 29 mai 2018, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'évolution était défavorable depuis son dernier rapport. Au niveau de la nuque, l'assurée présentait des douleurs du trapèze et des contractures para-cervicales droite. Au niveau de la main droite, légèrement tuméfiée, elle se plaignait de douleurs sur la cicatrice du tunnel carpien et de troubles de l'équilibre avec la sensation que sa tête ne tenait pas sur ses épaules. Le diagnostic actuellement retenu était des névralgies de tout le membre supérieur droit, allant de la tête à la main et inversement associées à des contractures musculaires. Il n'y avait actuellement aucune activité envisageable en raison des troubles non contrôlés actuels.
- h. Dans un avis du 25 juin 2018, la Dre G\_\_\_\_\_ du SMR a proposé de demander une expertise rhumatologique. Elle constatait, à une année de l'opération de l'épaule et de la main droite, la persistance de limitations fonctionnelles du membre supérieur, dont il était difficile de comprendre la nature en l'absence de complications post-opératoires.
- i. L'assurée souffrant de céphalées, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale et cervicale a été effectuée le 8 août 2018. Celle-ci a mis en évidence une masse intra et supra-sellaire mesurant jusqu'à 19,5 mm de hauteur, refoulant supérieurement le chiasma optique. Le diagnostic différentiel était principalement en faveur d'un adénome hypophysaire.
- j. Le diagnostic de macro-adénome hypophysaire non-sécrétant ayant été confirmé, une ablation dudit adénome a été effectuée le 11 janvier 2019 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG).
- k. En raison de ce nouveau diagnostic et de l'intervention chirurgicale, l'expertise rhumatologique initialement prévue au Bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM) a été annulée.

**l.** Dans un rapport du 31 octobre 2019, la Dre E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée souffrait de céphalées importantes depuis le mois d'août 2018. Elle a retenu une capacité de travail de 50% dans son activité de femme de chambre et de 80% dans une activité adaptée avec travail assis. Selon elle, un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

**m.** Dans un rapport final du 4 décembre 2019, le docteur H\_\_\_\_\_, médecin du SMR, a retenu que l'incapacité de travail était définitive dans l'activité habituelle en raison de l'atteinte au niveau de l'épaule droite depuis le 31 mai 2017. En revanche, l'assurée présentait une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée dès novembre 2017 et de 100% dès avril 2019. Dans ces circonstances, il était superflu d'effectuer une expertise.

**n.** Par projet de décision du 4 décembre 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait rejeter sa demande de prestations.

**o.** L'assurée s'est opposée à ce projet et a produit divers rapports médicaux dans ce cadre :

- i. un rapport de la docteure I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 27 janvier 2020, retenant l'existence de migraines chroniques, entretenues par un abus médicamenteux, avec comme autres facteurs pouvant favoriser les céphalées, des tensions mandibulaires et cervicales, une tension artérielle potentiellement labile, un certain degré de fatigue visuelle et un sommeil de mauvaise qualité avec possibilité d'apnées ;
- ii. des rapports de consultation du département de chirurgie orthopédique (unité de la chirurgie de la main et des nerfs périphériques) des HUG des 11 novembre, 27 novembre 2019 et 11 janvier 2020, dont il ressort que la symptomatologie présentée par l'assurée serait très probablement liée à une récurrence du tunnel carpien à droite et à une tendinite du grand palmaire ;
- iii. un arrêt de travail à 100% du 11 mars au 10 avril 2020 établi par la docteure J\_\_\_\_\_, spécialisée en psychiatrie.

**p.** Par avis du 11 mars 2020, le Dr H\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que des investigations médicales complémentaires étaient nécessaires auprès des médecins traitants et spécialistes consultés par l'assurée.

**q.** Dans un rapport du 23 mars 2020 adressé à l'OAI, la Dre K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu les diagnostics avec incidence sur la capacité de travail de céphalées depuis le mois d'août 2018 – étant précisé que l'intervention chirurgicale d'ablation du macro-adénome n'avait pas résolu les migraines – et de dépression depuis une date à déterminer par le médecin-psychiatre. Le pronostic était difficile à évaluer. L'assurée était suivie par de nombreux spécialistes dont il convenait de solliciter des rapports.

**r.** Dans un rapport du 20 avril 2020, la Dre J\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics avec effet sur la capacité de travail un trouble de l'adaptation anxio-dépressif (F.43) et des maladies somatiques, et comme diagnostic sans effet sur la capacité de travail un trouble dépressif récurrent. La capacité de travail actuelle de l'assurée était nulle et dépendait de ses problèmes somatiques. En cas de bonne évolution de ses affections somatiques, l'assurée pourrait travailler dans une activité adaptée à temps partiel, selon l'évolution physique et psychique. Du point de vue psychiatrique, l'évolution était fluctuante et dépendante des symptômes somatiques.

**s.** Dans un rapport du 21 avril 2020, la Dre I\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics retenus dans son précédent rapport. Toutefois, les migraines chroniques dont souffrait l'assurée en janvier 2020 avaient considérablement diminué. En soi, la problématique neurologique était de pronostic favorable et ne jouait pas un rôle décisif dans la décision d'octroi d'assurance-invalidité, l'assurée étant en arrêt pour une problématique préexistante de douleurs de au poignet et à l'épaule droits.

**t.** Dans un rapport médical adressé le 13 octobre 2020 à l'OAI, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en pneumologie, n'a retenu aucun diagnostic incapacitant du point de vue de sa spécialité. Les diagnostics de syndrome d'apnée du sommeil de degré léger (diagnostiqué en mars 2020 et appareillé), de toux post-infectieuse et d'asthme allergique n'étaient pas incapacitants. Du point de vue pneumologique, l'assurée était en mesure de reprendre son activité professionnelle.

**u.** Le 19 novembre 2020 le docteur M\_\_\_\_\_, du SMR, a constaté, au vu des derniers documents reçus, que les céphalées, les atteintes psychiques et le syndrome d'apnée du sommeil ne justifiaient pas d'incapacité de travail. Par conséquent, il convenait de s'en tenir aux conclusions du SMR du 4 décembre 2019.

**v.** Par décision du 20 novembre 2020, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il ressortait, à l'issue de l'instruction médicale, que l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité habituelle de femme de chambre depuis le 31 mai 2017. Dans une activité adaptée à son état de santé, l'OAI était d'avis que sa capacité de travail était de 80% dès le mois de novembre 2017 et de 100% dès le mois d'avril 2017.

L'assurée n'a pas contesté cette décision.

- B.** **a.** Le 30 juillet 2021, l'assurée a déposé seconde demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant souffrir, depuis le mois de mars 2021, de douleurs au genou droit, d'une dépression depuis 2019 et d'atteintes à l'épaule et au poignet depuis 2017.

Dans un rapport du 7 juillet 2021, joint à sa demande de prestations, adressé à l'attention du médecin-conseil de l'OAI, la docteure N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH

de médecine interne générale, a indiqué que l'évolution clinique de sa patiente s'était dégradée. Elle retenait les diagnostics de syndrome douloureux chronique, de gonarthrose gauche décompensée, d'arthropathie acromio-claviculaire bilatérale avec enthésopathie du supra-épineux gauche, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, un état dépressif et un macroadénome hypophysaire opéré en 2019. En raison de son état de santé et des nombreuses limitations liées aux troubles ostéo-articulaires et au syndrome douloureux chronique, elle ne pourrait pas reprendre une activité de femme de chambre. Une activité adaptée à 50% pourrait cependant être envisagée. L'assurée était actuellement au chômage et effectuait un stage de réinsertion auprès de la Fondation IPT. Celui-ci se passait bien, mais il confirmait que, malgré un travail adapté, elle ne pourrait pas travailler à plus de 50%.

**b.** Dans un avis du 3 mai 2022, le docteur O \_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que les pièces médicales versées au dossier n'apportaient pas de nouveaux éléments médicaux qui n'étaient pas connus du SMR. Dans son rapport, la Dre N \_\_\_\_\_ retenait les mêmes atteintes que celles déjà connues, à savoir un syndrome douloureux chronique, une gonarthrose gauche décompensée, un syndrome du tunnel carpien bilatéral, un état dépressif et un macroadénome hypophysaire opéré. Son évaluation d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée était une évaluation différente d'un même état de fait. L'assurée n'avait donc pas rendu plausible une aggravation durable de son état de santé.

**c.** Par projet de décision du 12 mai 2022, l'OAI a indiqué à l'assurée qu'il entendait ne pas entrer en matière sur la demande de prestations, l'examen du dossier n'ayant montré aucun changement.

**d.** L'assurée s'est opposée au projet de décision le 9 juin 2022. Elle travaillait dix heures par semaine à un poste d'entretien dans un bureau, mais il lui était difficile d'exécuter son travail en raison de ses différents problèmes. Une réorientation était compliquée, elle n'avait pas beaucoup de capacités, qu'elles soient physiques ou éducatives. Elle demandait ainsi l'aide de l'OAI, consistant soit en une réorientation dans un domaine d'activité où elle serait apte à exercer malgré ses atteintes à la santé, soit en l'octroi d'une aide financière si une réorientation n'était pas possible.

L'assurée a notamment joint à sa demande un rapport médical établi le 27 mai 2022 par la Dre I \_\_\_\_\_, évoquant différentes causes possibles aux douleurs céphaliques qu'elle présentait, largement entretenues par la problématique rhumatismale sous-jacente, ainsi que des troubles de l'équilibre en lien avec une polyneuropathie, laquelle pourrait s'inscrire plus largement dans le cadre de la problématique rhumatismale ainsi que par des tensions mandibulaires et cervicales.

**e.** Dans un avis du 13 juin 2022, le Dr O\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que les éléments rapportés par la Dre I\_\_\_\_\_ étaient de nature à modifier son avis du 3 mai 2022. Un questionnaire spécifique devait être adressé à la neurologue.

**f.** Dans un rapport du 20 juin 2022 adressé à l'OAI, la Dre I\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail des migraines chroniques, des céphalées de tension chroniques, un syndrome du tunnel carpien bilatéral traité par chirurgie et des névralgies d'Arnold épisodiques, et comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail une polyneuropathie débutante en cours d'investigation. La capacité de travail de l'assurée était actuellement nulle, compte tenue de céphalées mixtes très invalidantes, l'empêchant d'effectuer des efforts et de s'adonner à son activité professionnelle habituelle. L'évolution de la capacité de travail dépendrait de l'évolution de la problématique rhumatologique sous-jacente. Elle était par ailleurs déjà en arrêt de travail pour d'autres motifs de santé.

**g.** Compte tenu de ces nouveaux éléments, l'OAI a décidé, le 29 juin 2022, de confier une expertise polydisciplinaire (médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie) auprès du CENTRE MÉDICAL EXPERTISES (ci-après : CEMEDEX).

**h.** Le 18 octobre 2022, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise était confiée au docteur P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, au docteur Q\_\_\_\_\_ spécialisé en neurologie, au docteur R\_\_\_\_\_, spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, ainsi qu'au docteur S\_\_\_\_\_, spécialisé en rhumatologie.

**i.** Les experts ont rendu leur rapport d'expertise le 31 janvier 2023.

Dans leur évaluation consensuelle, les experts ont retenu comme diagnostics pertinents :

- une migraine à caractère cataméniale ;
- des céphalées tensionnelles versus cervicogènes, en lien avec des douleurs de l'épaule et de la nuque dont l'intensité et prévalence restent modérées par comparaison aux plaintes migraineuses ;
- un status après résection d'un adénome hypophysaire non sécrétant le 17 janvier 2019, sans complication péri-opératoire, avec substitution hormonale ;
- un status après cure du tunnel carpien à droite ;
- des douleurs des épaules secondaires à une légère arthropathie acromioclaviculaire et à une tendinite d'insertion du supra-épineux à gauche ;
- des douleurs de la main droite suite à une neurolyse du canal carpien le 30 août 2017 ;
- une obésité exogène ;
- un syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP depuis 2020 ;
- un asthme dans l'enfance ;
- une hypothyroïdie substituée ;

- une sténose de la carotide interne gauche.

Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes :

- limitations neurologiques : céphalées et migraines avec prévalence de six à huit jours par mois ;
- limitations rhumatologiques :
  - o pas de position à genoux ou accroupie ;
  - o pas de montée ou de descente répétée d'escaliers ;
  - o pas de travail en hauteur (échelle, tabouret, escabeau, échafaudage) ;
  - o pas d'effort des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules ou en abduction et en antépulsion ;
- limitations de médecine interne générale : pas de limitation ;
- limitations psychiatriques : pas de limitation.

La capacité de travail dans l'activité exercée jusqu'ici était de :

- 100% pour la médecine interne générale et la psychiatrie, depuis toujours ;
- 0% pour la rhumatologie depuis le 31 mai 2017, car l'activité de femme de chambre dans un hôtel ne respectait pas les limitations fonctionnelles ;
- 80% pour la neurologie en raison de ses maux de tête (céphalées tensionnelles et migraine).

Le consensus était donc d'une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle depuis le 31 mai 2017.

Quant à la capacité de travail dans une activité adaptée, elle était de :

- 100% pour la médecine interne générale et la psychiatrie ;
- 80% pour la neurologie ;
- 80% pour la rhumatologie, depuis avril 2019.

Le consensus était donc d'une capacité de travail de 80% depuis avril 2019.

Dans le cadre de l'expertise de médecine générale, le Dr P\_\_\_\_\_ a noté que l'assurée se plaignait de douleurs continues surtout au niveau des genoux, mais aussi au niveau des bras et des mains, avec lâchage d'objet. Elle avait également des douleurs à la cheville gauche. Elle était réveillée plusieurs fois par nuit par les douleurs lors de la mobilisation et passait souvent du lit au canapé. Les douleurs étaient décrites à 8/10 sur l'EVA. Les médicaments la soulageaient, mais les douleurs persistaient. Elle pouvait marcher maximum dix minutes, devant ensuite faire des pauses. Pour la montée et descente d'escaliers, elle devait faire une pause. La position statique debout pouvait être maintenue dix minutes au maximum, avec besoin de bouger. S'agissant des limitations, l'assurée était autonome dans les gestes de la vie quotidienne, mais sa fille pouvait l'aider pour mettre les chaussures. Elle avait souvent de la peine à se laver les cheveux, pouvant toutefois se laver le corps. Le ménage était effectué avec sa fille (aspirateur, panosse, lessive, repassage). Elle préparait les repas. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, il n'y avait pas d'incohérence à part que l'assurée était restée assise pendant presque une heure sans se lever, ni changer de position, alors qu'elle

disait pouvoir rester assise au maximum dix minutes. Au niveau de la médecine interne générale, il n'y avait pas de limitation. L'assurée pouvait prendre les transports publics, accompagner ses enfants à pied à l'école, promener son chien. Elle était autonome dans les gestes quotidiens et pour le ménage avec l'aide de sa fille.

Dans le cadre de l'expertise psychiatrique, les descriptions faites par l'assurée de ses limitations et de ses journées-types étaient identiques. Le Dr R\_\_\_\_\_ a retenu le seul diagnostic de dysthymie, sans effet sur la capacité de travail. Il n'a notamment pas retenu de trouble somatoforme, les douleurs de l'assurée pouvant être en partie expliquées par un processus physiologique sous-jacent. Il n'y avait pas de sollicitation accrue de l'entourage et elle n'exagérait pas ses douleurs. Il conseillait la reprise du suivi psychothérapeutique et la prise d'un traitement antidépresseur, notant toutefois qu'un tel traitement n'était pas exigible car ses problèmes psychiatriques n'étaient pas incapacitants.

Dans le cadre de l'expertise rhumatologique, le Dr S\_\_\_\_\_ a notamment procédé à un examen approfondi sur les douleurs relatées par l'assurée. Celle-ci ressentait des douleurs essentiellement dans les épaules, surtout à droite, dans les genoux, surtout à droite, dans la cheville gauche et le gros orteil. Elle avait également des céphalées occipitales et bi frontales, accompagnées parfois de vertiges. Elle ressentait parfois un gonflement dans les mains avec paresthésies. Les autres douleurs, notamment les douleurs cervicales et lombaires, étaient plutôt bien maîtrisées selon l'assurée par les traitements. S'agissant des gestes quotidiens, l'assurée pouvait s'habiller, étant toutefois gênée pour mettre ses chaussettes et pour se coiffer ou se laver les cheveux. Elle faisait les gestes de la vie quotidienne lentement en se reposant régulièrement. Elle était douloureuse pour monter et descendre les escaliers et présentait des douleurs aux genoux lorsqu'elle restait assise longtemps, et parfois la nuit. Lors de l'examen clinique, le Dr S\_\_\_\_\_ a noté, s'agissant du rachis, que l'inclinaison à droite et à gauche était à 60 cm, avec douleur lombaire. L'examen cervical montrait une rotation à droite et à gauche à 80°, une extension globale du rachis à 20° avec douleur cervicale. Il a retrouvé à la palpation une douleur cervicale paravertébrale droite et gauche, une douleur des deux trapèzes, pas de douleur dorsale et une légère douleur lombaire. L'expert a relevé que, malgré l'absence d'atteinte du rachis cervical, la faible atteinte à l'épaule droite et l'absence d'atteinte au poignet droit, l'expertisée continuait à souffrir avec une douleur exprimée à 6/10. Après l'examen clinique, le Dr S\_\_\_\_\_ a noté l'absence de signes de fibromyalgie aux membres supérieurs et aux membres inférieurs. Il a retenu les diagnostics avec impact sur la capacité de travail de gonarthrose bi-compartmentale bilatérale surtout à droite et de douleurs des épaules secondaires à une légère arthropathie acromioclaviculaire et à une tendinite d'insertion du supra-épineux à gauche. L'assurée présentait également des douleurs de la main droite dans les suites de la chirurgie du tunnel carpien, ce qui était sans impact sur la capacité de travail. L'expert a

noté que la dernière IRM cervicale était parfaitement normale et l'examen clinique du rachis lombaire rassurant. Toutefois, malgré l'absence d'atteinte du rachis cervical, la faible atteinte à l'épaule droite et l'absence d'atteinte du poignet droit, l'assurée continuait à souffrir avec une douleur exprimée à 6/10. Elle avait néanmoins recommencé à travailler comme nettoyeuse à raison de 25%. En conclusion, sa capacité de travail dans l'activité de femme de chambre était nulle depuis le 31 mai 2017 car elle ne répondait pas aux limitations fonctionnelles (changement des lits, aspirateur, laver le sol et nettoyer les sanitaires). L'activité actuelle de nettoyeuse était possible à condition de répondre aux limitations fonctionnelles, ce qui était actuellement le cas. Sa capacité de travail était de 80%, soit de 100% avec une baisse de rendement de 20%.

**j.** Dans un avis du 6 février 2023, le SMR a repris les diagnostics et la capacité de travail définis par les experts. Il y avait effectivement une aggravation de l'état de santé depuis la dernière décision au fond. Les atteintes à la santé incapacitantes étaient principalement une migraine, des céphalées de tension, les autres atteintes étant un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant à droite, des omalgies droites, un conflit sous-acromial et une arthrose acromio-claviculaire droite.

**k.** Le 7 février 2023, l'OAI a procédé au calcul d'invalidité de l'assurée. S'agissant du salaire avec invalidité, il s'est fondé sur le revenu tiré de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS) 2016, tableau TA1\_tirage\_skill\_level, dans un niveau de compétence 1, soit CHF 3'643.- par mois. Indexé à 2017 et à la durée normale de travail de 41.7 heures dans ce domaine, et compte tenu d'une diminution de rendement de 20% et d'une réduction supplémentaire de 10%, le revenu annuel était de CHF 39'443.-. Le salaire sans invalidité était déterminé selon les données communiquées par son ancien employeur et s'élevait à CHF 44'500.- par an. Le degré d'invalidité était ainsi de 13.31%.

**l.** Le 9 février 2023, l'intimé a adressé un projet de décision à l'assurée, lui refusant le droit à des prestations. Le degré d'invalidité n'ouvrait pas le droit à une rente, ni à des mesures d'ordre professionnel.

**m.** Le 17 mars 2023, l'assurée, représentée par son mandataire, a contesté le projet de décision. Elle joignait à son opposition un rapport de la Dresse N \_\_\_\_\_ du 16 mars 2023, laquelle estimait que la capacité de travail retenue de 100% dans une activité adaptée n'était pas réaliste en raison des diverses comorbidités de l'assurée. L'accumulation des troubles ostéo-articulaires (lombalgies chroniques, gonalgies, arthropathie acromio-claviculaire bilatérale, épicondylite latérale au coude gauche récidivantes), des céphalées mixtes et d'un état anxio-dépressif avec insomnie empêchaient l'assurée de reprendre une activité à plein temps. Une réinsertion avait d'ailleurs déjà été tentée par la fondation IPT en 2021, ce qui avait confirmé que la patiente ne pouvait exercer une activité, même adaptée, à plus de 50%. De nombreux traitements avaient déjà été tentés pour la soulager, mais sans succès. Elle avait également fait de nombreuses séances de physiothérapie et avait consulté de nombreux spécialistes (rhumatologie,

orthopédie, neurochirurgie, neurologie, psychiatrie). L'assurée rencontrait ainsi d'importantes difficultés, tant sur le plan physique que psychique. Elle était très motivée par la reprise d'une activité professionnelle adaptée à mi-temps, mais n'avait aucune ressource pour y arriver par elle-même.

**n.** Dans un avis du 27 mars 2023, le SMR a rappelé qu'il avait fondé son précédent avis sur les conclusions d'une expertise pluridisciplinaire. Or, le médecin traitant de l'assurée n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux dont les experts n'auraient pas eu connaissance.

**o.** Par décision du 27 mars 2023, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée. La perte de gain étant de 13%, elle n'ouvrait pas le droit à une rente (le degré d'invalidité étant inférieur à 40%), ni à des mesures professionnelles (le degré d'invalidité étant inférieur à 20%).

Cette décision n'a pas été contestée.

- C. a.** Le 11 octobre 2024, l'assurée a formé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, indiquant être en incapacité de travail totale pour cause de maladie depuis le 30 novembre 2023. Elle a précisé être suivie depuis 2022 par le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, pour des douleurs chroniques.

L'assurée a produit à l'appui de sa demande un rapport de bilan multidisciplinaire pour l'inclusion au programme multidisciplinaire individualisé du dos des HUG (ci-après : Promidos) du 22 janvier 2024 établi par le Dr T\_\_\_\_\_. Les diagnostics retenus étaient des rachialgies communes chroniques avec épisodes récidivants, un syndrome douloureux chronique et des gonalgies incapacitantes. Le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué que le jour de l'entretien, l'assurée s'était présentée en crise, se plaignant de douleurs au niveau cervical constantes depuis trois semaines et indiquant ne pas être étonnée de ces douleurs car elle était en soucis pour l'état de santé de sa mère. Elle mettait la cause de sa douleur sur l'arthrose / le pincement des nerfs et sur le stress et les inquiétudes qu'elle avait envers ses enfants. La durée des symptômes était variable, mais elle subissait une recrudescence des douleurs au réveil et en fin de journée. Les facteurs déclenchant la douleur étaient les activités manuelles telles que le ménage et le port de charges, ainsi que le changement de position au lit. L'assurée disait ne pas bien comprendre l'explication de ses douleurs, et au lieu de creuser le raisonnement elle insistait sur le fait que son mari ne comprenait pas ses douleurs et lui disait d'aller au travail, ce qui la blessait beaucoup. Le bilan décrivait l'organisation du quotidien par l'assurée : celle-ci faisait les courses lentement, avec un petit caddie. Elle cuisinait, mais faisait de pauses régulièrement. Elle ne pouvait plus passer l'aspirateur. Elle faisait la lessive, avec de l'aide parfois. Elle repassait dix minutes, puis avait mal dans la fesse et au genou. Elle avait besoin de l'aide de sa fille pour se laver et teindre les cheveux, ainsi que pour se chausser. S'agissant de l'auto-évaluation fonctionnelle, l'assurée indiquait

pouvoir rester assise assez longtemps, à condition de changer de position régulièrement. Elle se relevait ensuite difficilement. En position debout, elle avait besoin de pauses toutes les cinq-dix minutes. Elle pouvait marcher, mais la durée dépendait de la température, ayant plus rapidement mal lorsqu'il faisait froid. Elle montait et descendait très lentement les escaliers. L'expression de la douleur était décrite à 7/10 sur l'EVA. Elle disait ne pas avoir de sensations agréables dans tout son corps, car elle souffrait beaucoup des articulations sur tout le corps. Des tests physiques avaient été effectués, avec un résultat de 16/22 (présence régulière de tremblements lors des exercices et de douleurs notamment sur le gainage latéral de 20 secondes). L'équilibre de l'assurée était précaire : elle tenait neuf secondes maximum en unipodal droite et douze secondes en unipodal gauche. La distance doigts sol était de 10 cm, mais des douleurs apparaissaient alors dans tout le dos. Les mouvements en extension étaient très algiques comparés aux rotations qui étaient sans douleurs. L'assurée avait de la peine à se relâcher et avait tendance à bloquer sa respiration. Au niveau psychique, elle évoquait actuellement une tristesse, en raison du fait d'avoir autant de douleurs à son jeune âge. Elle rapportait un sentiment d'impuissance et de culpabilité d'être en Suisse, sans emploi et de ne pas pouvoir aider sa mère. Elle rapportait un sommeil fluctuant, des réveils nocturnes en raison d'importantes ruminations anxieuses et de douleurs. Elle rapportait un appétit diminué depuis environ un mois et demi, mais décrivait une envie et un plaisir globalement préservés.

En conclusion des bilans, il était relevé que l'assurée présentait des douleurs musculosquelettiques diffuses tant au niveau de la colonne que sur le plan périphérique (genoux et douleur diffuses des extrémités). Dans ce contexte, une participation à un programme axé sur la douleur axiale était limitée quant à son impact global. L'assurée avait trop de douleurs musculosquelettiques pour être incluse dans le programme. Ainsi, un travail individualisé psychothérapeutique (groupe de thérapie cognitivo comportementale - TCC douleur) en parallèle d'une prise en charge physiothérapeutique spécialisée sur la douleur chronique en individuel paraissait plus approprié dans la situation actuelle. Sur le plan psychique, un épuisement majeur était noté. Il était important ainsi d'encourager l'assurée à reprendre un suivi psychiatrique.

**b.** Dans un avis du 5 novembre 2024, le SMR a considéré que ce nouveau rapport n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts. En effet, dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire, l'assurée avait été examinée par un expert rhumatologue et un expert psychiatre, lesquels avaient pris en compte la présence de douleurs chroniques (réduction de 20% de la capacité de travail dans une activité adaptée). Ce rapport n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux qui n'auraient pas été pris en compte par les experts et qui permettaient de retenir une aggravation durable et notable de l'état de santé de l'assurée.

c. Dans un projet de décision du 7 novembre 2024, l'OAI a indiqué qu'il prévoyait de refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible, par des documents adéquats, que sa situation s'était passablement modifiée.

d. Par courrier du 5 décembre 2024, l'assurée, représentée par l'association de défense des assurés, s'est opposée au projet de décision précité. En raison de l'aggravation de son état de santé, elle se trouvait aujourd'hui en incapacité de travail totale. Le représentant de l'assurée a sollicité un délai pour transmettre tout document attestant que ses atteintes ne lui permettaient pas de travailler.

e. Par courrier du 9 décembre 2024, l'OAI a indiqué à l'assurée que le délai de 30 jours pour faire part de ses observations ne pouvait pas être prolongé. Partant, sans nouvelles dans le délai imparti, une décision serait rendue.

f. Par décision du 13 janvier 2025, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de l'assurée, au motif que celle-ci n'avait pas rendu plausible une aggravation de son état de santé et que l'examen de son dossier n'avait montré aucun changement.

- D.** a. Par acte du 14 février 2025, l'assurée a formé recours à l'encontre de la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre des assurances sociales), concluant à son annulation et à ce qu'il soit dit que l'OAI devait entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations.

La recourante a joint à l'appui de son recours le bilan multidisciplinaire établi par le Dr T\_\_\_\_\_ le 22 janvier 2024, ainsi qu'un rapport médical du Dr T\_\_\_\_\_ du 11 février 2025. Dans ce dernier document, le Dr T\_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée à la consultation de rhumatologie des HUG depuis le mois de juin 2021. La dernière évaluation avait eu lieu le 30 octobre 2024, lors de laquelle l'assurée rapportait la persistance de douleurs cervicales, lombaires, articulaires au niveau des genoux et de migraines qu'elle attribuait éventuellement à la reprise d'une activité partielle dans le nettoyage. Le Dr T\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de douleurs musculosquelettiques primaires chroniques axiales et périphériques ainsi qu'une arthrose bilatérale du genou. L'évolution clinique et fonctionnelle était défavorable avec la persistance de limitations fonctionnelles de la douleur, malgré une prise en charge individuelle adaptée sur le plan physiothérapeutique avec bonne collaboration ainsi que l'adaptation du traitement antalgique. En raison de ces affections, l'assurée présentait les limitations suivantes : position statique assise/debout prolongée à partir de dix minutes ; limitation à la flexion antérieure ; limitation à la prise des escaliers ; limitation port de charge de plus de 2,5 kg et perte de rendement et fatigue en lien avec la douleur chronique. Au vu des limitations fonctionnelles actuelles, la capacité de travail était considérée nulle, même dans le cadre d'une activité adaptée. Le pronostic était défavorable, y compris à moyen et long terme, au vu de la persistance du tableau clinique et

fonctionnel actuel, malgré une prise en charge multimodale adaptée. L'incapacité de travail était donc à considérer comme étant durable.

**b.** Dans sa réponse du 13 mars 2025, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Une nouvelle demande ne pouvait être examinée que si l'assurée rendait plausible que son invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. En l'espèce, la pièce médicale transmise dans le cadre de la nouvelle demande ne faisait pas état d'une modification de l'état de santé depuis la dernière décision entrée en force. En effet, lors de la précédente demande, une expertise pluridisciplinaire avait été effectuée au CEMEDEX. Les experts avaient pris en compte toutes les atteintes à la santé de la recourante, notamment la présence de douleurs chroniques. La pièce médicale produite dans le cadre de la nouvelle demande n'apportait pas d'éléments médicaux nouveaux n'ayant pas été pris en compte par les experts, comme l'avait retenu le SMR dans son avis du 5 novembre 2024. Partant, aucune aggravation plausible de l'état de santé n'ayant été prouvée, l'OAI était légitimé à refuser d'entrer en matière.

**c.** Par courrier du 18 mars 2025, la chambre des assurances sociales a imparti à la recourante un délai au 9 avril 2025 pour déposer sa réplique.

**d.** Le 9 avril 2025, le conseil de la recourante a indiqué ne pas avoir réussi à joindre sa mandante, malgré de nombreuses tentatives. Il sollicitait une prolongation du délai d'une quinzaine de jours pour produire sa réplique.

**e.** Par courrier du 23 avril 2025, le conseil de la recourante a indiqué qu'il cessait d'occuper.

**f.** Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 19 janvier 2026.

La recourante a indiqué avoir consulté le Dr T\_\_\_\_\_ en janvier 2024, car elle avait trop mal au dos. Pour effectuer le bilan multidisciplinaire aux HUG, elle avait été vue à plusieurs reprises par le Dr T\_\_\_\_\_ et par une autre docteure dont le nom lui échappait. La situation s'était empirée car en plus du dos, son genou se bloquait. Son état de santé s'était empiré depuis l'expertise effectuée en 2023. Elle avait mal partout et souffrait de fibromyalgie. Elle avait surtout mal aux épaules, aux genoux, aux chevilles et au dos. Certains jours, elle avait du mal à se lever. Entre mars et décembre 2025, elle avait plusieurs fois passé la nuit à l'hôpital en raison de ses douleurs. Elle n'avait pas pu être incluse dans le programme Promidos. Son suivi consistait en des séances de physiothérapie et d'acupuncture, selon les bons qui lui étaient donnés par son médecin traitant ou par le Dr T\_\_\_\_\_. Elle prenait divers anti-douleurs. Sur le plan psychiatrique, elle avait été suivie au CAPPI Jonction depuis juin 2023. Les consultations avaient été interrompues durant environ un mois après le départ du Dr U\_\_\_\_\_. Elle était depuis suivie par la docteure V\_\_\_\_\_. Au moment de l'expertise, ses douleurs cervicales et lombaires étaient à peu près contrôlées avec la prise d'anti-douleurs. La situation s'était ensuite empirée. Elle avait eu des douleurs au niveau

de la nuque, au niveau des épaules, ce qui avait un effet négatif sur ses migraines. Au moment de l'expertise, elle arrivait à peu près à faire son ménage avec l'aide de sa fille pour certaines tâches, ce qu'elle n'arrivait plus à faire aujourd'hui. Déjà à l'époque, elle n'arrivait plus à passer l'aspirateur dans tout l'appartement, faisant un jour une pièce, et un jour une autre. Elle ne travaillait pas actuellement. Elle avait travaillé à 20% de février à août 2025 dans le nettoyage de bureau, étant précisé qu'elle effectuait son activité debout, nettoyant les surfaces à hauteur de bras. Elle ne passait pas l'aspirateur et ne vidait pas les poubelles, n'étant pas en mesure de se pencher. Elle avait arrêté cette activité, car il lui arrivait de perdre l'équilibre et de tomber. Il lui était arrivé de tomber dans la rue et également chez elle. Une fois, elle s'était tapé la tête et avait dû consulter. Ces pertes d'équilibre survenaient à la suite de douleurs et de lancées dans la nuque.

La représentante de l'intimé a maintenu sa position selon laquelle, après un examen sommaire de la nouvelle pièce produite, ils étaient arrivés à la conclusion qu'il n'y avait pas de nouveaux éléments permettant de remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire. La recourante avait la possibilité de faire des commentaires au projet de décision et d'apporter de nouvelles pièces médicales, ce qu'elle n'avait pas fait. La nouvelle pièce du 11 février 2025 n'avait pas été soumise au SMR, de sorte qu'elle ne pouvait pas se prononcer à ce sujet.

À l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

**1.2** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté en temps utile, le recours est recevable.

- ### **2.**
- Le litige porte sur le point de savoir si l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par la recourant le 15 octobre 2024. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si celle-ci a rendu plausible une modification de son état de santé susceptible d'influencer ses droits depuis la

dernière décision entrée en force du 27 mars 2023, reposant sur un examen matériel du droit aux prestations de l'assurance-invalidité.

**3.**

**3.1** Dans le cadre du développement continu de l'AI, la LAI, le règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201) et l'art. 17 LPGA notamment ont été modifiés avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (modifications des 19 juin 2020 et 3 novembre 2021 ; RO 2021 705 et RO 2021 706).

Conformément aux principes généraux en matière de droit intertemporel, les règles de droit déterminantes en cas de modification du droit sont celles qui étaient en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement et qui a des conséquences juridiques (ATF 149 II 320 consid. 3 ; 148 V 174 consid. 4.1 et les références). En application de ce principe général du droit intertemporel, lorsqu'un état de fait durable s'est produit en partie avant et en partie après l'entrée en vigueur de la nouvelle législation, le droit à une rente d'invalidité doit être examiné pour la première période selon les dispositions de l'ancien droit et pour la deuxième période selon les nouvelles règles. Les réglementations transitoires particulières sont réservées (arrêt du Tribunal fédéral 9C 505/2023 du 26 juin 2024 consid. 2.2 et la référence).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du RAI dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C\_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

**3.2** En l'occurrence, la décision entreprise a été rendue après le 1<sup>er</sup> janvier 2022. Il en est de même de la décision antérieure de l'OAI, qui date du 27 mars 2023. En conséquence, l'aggravation de l'état de santé alléguée ne peut avoir eu lieu qu'après l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2022, des modifications légales précitées. Partant, les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

**3.3** Selon l'art. 87 RAI, 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).

**3.4** Lorsque la rente a été refusée parce que le taux 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. 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 133 V 108 consid. 5.2 et 5.3 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 ; 117 V 198 consid. 4b et les références).

**3.4.1** Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_576/2021 du 2 février 2022 consid. 2.2 et les références). À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit effectivement procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3).

**3.4.2** 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). Le juge fonde plutôt son examen sur les faits et les pièces du dossier tels qu'ils se présentaient à l'administration au moment où celle-ci a rendu sa décision de non-entrée en matière (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2019 du 30 juillet 2019 consid. 1.1). Si la nouvelle demande ne rend pas vraisemblable

l'existence des conditions d'entrée en matière, mais se contente de renvoyer à des moyens de preuve complémentaires, en particulier des rapports médicaux qui seraient encore à fournir ou à demander à l'administration, un délai raisonnable doit être fixé à la personne assurée pour présenter ses moyens de preuve. Si une décision de non-entrée en matière est rendue dans le cadre d'une procédure administrative qui satisfait à ces exigences relatives à la fixation d'un délai et à la menace de conséquences en cas de retard, les tribunaux fondent leur examen sur les faits tels qu'ils se présentaient à l'administration (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5). Ainsi, l'examen du juge se limite au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non l'entrée en matière sur la nouvelle demande, sans prendre en considération les documents médicaux déposés ultérieurement à la décision administrative, notamment au cours de la procédure cantonale de recours (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_629/2020 du 6 juillet 2021 consid. 4.3.1 ; 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1).

**3.4.3** L'exigence relative au caractère plausible de la modification ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Il suffit qu'il existe au moins certains indices permettant de présumer l'existence de la modification de fait alléguée depuis le moment auquel la décision de refus de prestations a été rendue, quand bien même la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permette pas de confirmer le changement allégué (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_154/2020 du 16 juin 2020 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa ; Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, in RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1).

Un nouveau diagnostic, en particulier de nature psychiatrique, n'est pas suffisant à lui seul pour rendre plausible une modification notable de l'état de santé. En effet, un tel diagnostic nouveau ne dit pas nécessairement grand-chose sur l'élément quantitatif de la détérioration de l'état de santé et son incidence sur la capacité de travail (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_175/2019 du 30 juillet 2019 consid. 3.2.2). En particulier, le diagnostic de dépression ne permet pas de conclure directement à une incapacité de travail, quel qu'en soit le degré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_841/2019 du 30 mars 2020 consid. 4.2.2 et la référence).

**3.4.4** Sous l'angle temporel, la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente constitue le point de départ pour examiner si un assuré a rendu plausible une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; 130 V 71 consid. 3 ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_29/2023 précité consid. 3).

4. En l'espèce, il convient d'examiner si la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé depuis la décision de refus de prestations du 27 mars 2023. Pour examiner le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante, il convient ainsi de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au jour de la décision litigieuse, le

13 janvier 2025, avec ceux présents au 27 mars 2023, date de la décision de refus de prestations de l'intimé, laquelle n'a pas été contestée en justice.

Dans cette comparaison des états de fait, seul peuvent entrer en ligne de compte les documents produits par la recourante entre le 27 mars 2023, date de la dernière décision de refus de prestations, et le 13 janvier 2025, date de la décision litigieuse. Ceci exclut de l'examen de la plausibilité au sens de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI le nouveau rapport produit en procédure de recours, à savoir le rapport établi le 11 février 2025 par le Dr T\_\_\_\_\_. En effet, ce rapport n'était pas connu de l'intimé lorsqu'il a rendu la décision entreprise.

**4.1** La décision initiale était principalement basée sur l'expertise pluridisciplinaire établie le 31 janvier 2023 par le CEMEDEX, laquelle a retenu les diagnostics de migraine à caractère cataménial ; céphalées tensionnelles versus cervicogènes, en lien avec des douleurs de l'épaule et de la nuque dont l'intensité et prévalence restaient modérées par comparaison aux plaintes migraineuses ; status après résection d'un adénome hypophysaire non sécrétant le 17 janvier 2019, sans complication péri-opératoire, avec substitution hormonale ; status après cure du tunnel carpien à droite ; douleurs des épaules secondaires à un légères arthropathie acromio-claviculaire et à une tendinite d'insertion du supra-épineux à gauche ; douleurs de la main droite suite à une neurolyse du canal carpien le 30 août 2017 ; obésité exogène ; syndrome des apnées du sommeil appareillé par CPAP depuis 2020 ; asthme dans l'enfance ; hypothyroïdie substituée et sténose de la carotide interne gauche. Les limitations fonctionnelles retenues étaient, du point de vue neurologique, des céphalées et migraines avec prévalence de 6 à 8 jours par mois, et, du point de vue rhumatologiques : pas de position à genoux ou accroupie ; pas de montée ou de descente répétée d'escaliers ; pas de travail en hauteur (échelle, tabouret, escabeau, échafaudage) et pas d'effort des membres supérieurs au-delà de la ligne des épaules ou en abduction et en antépulsion. Les experts ont considéré que la recourante avait une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 31 mai 2017 et une capacité de travail de 80% depuis avril 2019 dans une activité adaptée. Dans son avis du 6 février 2023, le SMR avait repris les diagnostics, la capacité de travail et les limitations fonctionnelles retenus par les experts. Sur cette base, l'intimé a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée, qui a été fixé à 13.31%, n'ouvrant pas de droit à la rente.

**4.2** À l'appui de sa nouvelle demande, la recourante a transmis pour seule nouvelle pièce à l'OAI un rapport de bilan multidisciplinaire pour l'inclusion au programme multidisciplinaire individualisé du dos des HUG (ci-après : Promidos) du 22 janvier 2024. Il convient donc de comparer les éléments ressortant de ce bilan multidisciplinaire avec l'état de santé de l'assurée lors de l'expertise effectuée en 2023.

Dans ce bilan multidisciplinaire, le Dr T\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de rachialgies communes chroniques avec épisodes récidivants, syndrome douloureux chronique et gonalgies incapacitantes.

Il a expliqué que la recourante s'était présentée en crise le jour de l'entretien, se plaignant de douleurs au niveau cervical constantes depuis trois semaines et expliquant ne pas être étonnée de ces douleurs car elle était en soucis pour l'état de santé de sa mère, opérée trois semaines auparavant. Il ressort de ce bilan que celui-ci décrit principalement les plaintes de la recourante, sa description du quotidien et son auto-évaluation fonctionnelle, relative aux positions qu'elle évite. À l'auto-évaluation, la recourante a exprimé une douleur de 7/10.

Le bilan fait une brève mention de quelques tests physiques effectués, lors desquels le Dr T\_\_\_\_\_ a notamment noté la présence de douleurs dans tout le dos lors du déroulement lombaire et lors des mouvements en extension.

Il relève, en conclusion de son bilan, que la recourante présente des douleurs musculosquelettiques diffuses tant au niveau de la colonne que sur le plan périphérique, et il suggère qu'elle fasse un travail individualisé psychothérapeutique (groupe de TCC douleur), en parallèle d'une prise en charge physiothérapeutique spécialisée sur la douleur chronique. Il a noté, sur le plan psychique, un épuisement majeur, relevant qu'il est important d'encourager la recourante à reprendre un suivi psychiatrique.

Force est de constater que le Dr T\_\_\_\_\_ n'a pas posé de nouveaux diagnostics et qu'il n'a pas procédé à une analyse de la capacité de travail au moment du bilan, lequel est principalement fondé sur les plaintes de la recourante.

Les douleurs cervicales et lombaires dont il est fait état dans ce bilan étaient par ailleurs déjà relevées lors de l'expertise de 2023 : l'expert rhumatologue avait notamment noté leur présence lors de l'examen clinique effectué de l'expertisée, mais il ne les avait pas considérées comme incapacitantes. Si ces douleurs semblent s'être empirées depuis ladite expertise – à l'époque, l'expert rhumatologue avait relevé que les douleurs cervicales et lombaires étaient bien maîtrisées par les traitements –, il ressort toutefois de ce bilan que l'intéressée s'était présentée en crise lors dudit bilan, se plaignant de douleurs constantes au niveau cervical depuis trois semaines.

À cet égard, la seule affirmation qu'il y a, depuis une brève période de trois semaines, une aggravation des douleurs, sans modification des diagnostics ni appréciation de la capacité de travail, n'est pas suffisante pour admettre une modification de l'état de santé de la recourante susceptible d'influencer ses droits depuis la dernière décision entrée en force du 27 mars 2023.

Ce constat s'impose d'autant plus au vu du court délai s'étant écoulé entre la décision de l'intimé du 27 mars 2023 et la nouvelle demande déposée par la recourante le 11 octobre 2024. En effet, conformément à la jurisprudence susmentionnée, l'administration doit se montrer d'autant plus exigeante pour

apprécier le caractère plausible des allégations de l'assurée que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref.

Du point de vue psychique, il ressort du bilan que la recourante avait à cette époque interrompu son suivi psychiatrique. La recourante n'a dès lors pas non plus démontré une aggravation de sa santé psychique susceptible d'influencer ses droits.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que la recourante n'a pas rendu plausible une aggravation de son état de santé lors du dépôt de sa demande du 11 octobre 2024. Dès lors, c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande.

La recourante ayant indiqué, lors de l'audience de comparution personnelle du 19 janvier 2026, que son état de santé s'est encore empiré, et au vu par ailleurs de la pièce médicale du 11 février 2025 produite à l'appui de son recours – laquelle contient cette fois une appréciation de sa capacité de travail mais qui n'a pu être prise en considération par l'intimé car elle est postérieure à la décision entreprise –, elle a la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations. Elle devra dans ce cadre adresser à l'OAI un rapport dûment circonstancié et motivé, documentant l'aggravation de santé alléguée depuis la dernière décision de refus de rente et l'étayant par tout élément médical utile obtenu auprès des divers spécialistes qu'elle consulte, pour ses troubles tant somatiques que psychiques.

#### **4.3** Aussi, le recours sera rejeté.

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Pascale HUGI

Amélie PIGUET MAYSTRE

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