

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/890/2018

ATAS/204/2019

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

**Arrêt du 13 mars 2019**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée aux AVANCHETS, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Mélanie MATHYS  
DONZE

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Dana DORDEA et Christine  
LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1969, d'origine kosovare, arrivée en Suisse en 2006, a requis des prestations de l'assurance-invalidité le 21 septembre 2012 en raison d'un état dépressif et d'un syndrome de la coiffe des rotateurs.
2. L'assurée a travaillé, en dernier lieu, du 5 juillet 2010 au 20 août 2011 comme employée de blanchisserie auprès de B\_\_\_\_\_ SA.
3. Elle a fait l'objet d'une expertise pluridisciplinaire par le Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed). À teneur du rapport établi par les experts le 4 février 2015, les plaintes de l'expertisée n'étaient pas objectivables sur le plan rhumatologique. On pouvait retenir une possible tendinopathie de la coiffe des rotateurs bilatérale touchant les tendons sus-épineux. Il était difficile d'apprécier l'importance clinique et les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlaient. Toutefois, à l'observation objective, il n'y avait pas de limitation significative de la mobilité et ni perte significative de la force. Par conséquent, on pouvait estimer qu'une activité sans port de charges et ne nécessitant pas d'utiliser les bras au-dessus de l'horizontale était compatible avec l'état de santé de l'expertisée. Sous status rhumatologique, il était mentionné que l'expertisée se plaignait de lombalgies et que le mouvement d'inclinaison latérale était diminué de chaque côté avec des lombalgies, mais qu'il n'y avait pas de trouble distal. Le mouvement de rotation était d'amplitude un peu meilleure et presque indolore selon l'expertisée. L'hyper-extension du rachis dorso-lombaire avait été à peine ébauchée, l'expertisée se plaignant de vertiges et de douleurs lombaires.

Sur le plan psychique, les diagnostics retenus étaient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique et prenant une forme chronique, des troubles anxieux ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expertisée avait également des traits de personnalité borderline, sans toutefois remplir les critères pour poser le diagnostic définitif de ce trouble. Ces diagnostics semblaient tous être présents depuis une vingtaine d'années. Le trouble somatoforme n'était pas associé à une autre pathologie psychiatrique sévère ; il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, ni d'échec des traitements ambulatoires. L'assurée souffrait sans doute d'une vulnérabilité psychique et il pouvait être admis que, notamment dans les périodes de stress, elle pouvait présenter des limitations fonctionnelles – telles qu'une démotivation, une vulnérabilité au stress, un repli social, une irritabilité et des difficultés relationnelles – qui n'étaient toutefois pas suffisantes pour limiter la capacité de travail, sauf en cas d'exacerbation de la symptomatologie dépressive, mais qui pouvaient limiter le rendement de façon passagère. Actuellement, les experts n'étaient pas en mesure de justifier une incapacité travail ou une baisse de rendement sur le long terme. Ils estimaient que l'expertisée était prise dans un processus d'invalidation et qu'elle se

sentait et se présentait comme invalide. La capacité de travail était complète en temps et rendement, sans limitations.

4. Par décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015 l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) a confirmé son projet de décision du 19 juin 2015 niant le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, considérant qu'elle pouvait exercer un travail dans la sérigraphie ou à l'ordinateur et qu'une activité dans une blanchisserie serait possible dans la mesure où les tâches respectaient ses limitations fonctionnelles liées à ses épaules. L'OAI estimait que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, relevant qu'un degré d'invalidité inférieur à 20% n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel. Par ailleurs au vu du large éventail d'activités non qualifiées que recouvraient les secteurs de la production et des services, un nombre significatif de ces activités était adapté aux empêchements de l'assurée, de sorte qu'une orientation professionnelle n'était pas nécessaire. Le droit à l'aide au placement actif de l'assurance-invalidité n'était donné que lorsque les difficultés rencontrées lors de la recherche d'un emploi étaient liées à l'état de santé, ce qui n'était pas son cas.
5. La recourante a recouru contre la décision précitée le 8 octobre 2015, contestant la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire et faisant valoir, notamment, que ses lombosciatalgies chroniques s'étaient aggravées depuis le printemps 2015, soit après l'expertise et que les résultats définitifs à ce sujet n'avaient pas encore été rendus, des analyses étant encore en cours. L'expertise devait en conséquence être complétée sur ce point. Elle invoquait être en incapacité totale de travail dans toute activité.

À l'appui de son recours, elle a produit :

- un rapport établi le 22 août 2015 par la docteure C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, indiquant que l'assurée était connue pour un état anxio-dépressif et de multiples allergies. Celle-ci consultait en raison de sensations étranges avec des fourmillements, des frissons, des brûlures intermittentes survenant sur les membres inférieurs de façon bilatérale, plus marquée au niveau des pieds, mais remontant jusqu'aux hanches. Ces sensations étaient apparues depuis deux à trois ans. Elles pouvaient évoquer un syndrome de jambes sans repos favorisé par les traitements antidépresseurs et une éventuelle carence en fer qu'il faudrait contrôler lors de la prochaine prise de sang. Le diagnostic différentiel était ouvert avec une polyneuropathie sensitive, pour laquelle aucun signe clinique n'était retrouvé. Un ENMG (électroneuromyogramme) était organisé à la recherche de signes infracliniques. Depuis deux à trois semaines, elle décrivait les mêmes troubles apparaissant de façon intermittente à la main gauche. Elle souffrait par ailleurs d'une exacerbation de lombalgies chroniques depuis le mois de juin. L'ENMG permettrait de répondre à la question de savoir s'il existait une composante de souffrance radiculaire comme le suggérait l'asymétrie des réflexes myotatiques, la parésie distale de la flexion plantaire à gauche et les troubles sensitifs probablement plus marqués sur un territoire S1.

- un rapport établi le 1<sup>er</sup> septembre 2015, dans lequel le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie FMH, indique avoir vu l'assurée le 31 août 2015. Le status neurologique ciblé montrait la présence d'un syndrome vertébral lombaire avec des douleurs à la palpation du grand trochanter irradiant sur la face latérale de la cuisse gauche. Il rejoignait les constatations de la Dresse E\_\_\_\_\_ sur l'absence de signes de polyneuropathie clinique et de réflexes myotatiques plus hypovifs et fluctuants aux membres inférieurs, légèrement hypovifs au niveau rotulien et achilléen gauche (cependant fluctuants). Il n'y avait pas de parésie franche ni d'anomalie de la marche, qui se faisait parfaitement sur la pointe et les talons. L'ENMG des membres inférieurs effectué le 31 août 2015 était dans la norme, hormis une légère perte d'amplitude isolée du nerf fibulaire sur pédieux à droite. Il n'y avait pas de signes de polyneuropathie aux membres inférieurs ni de radiculopathie lésionnelle dans les myotomes L3 à S2 des deux côtés, étant précisé qu'une radiculopathie purement irritative ne pouvait être exclue par cet examen. Il préconisait de faire une IRM lombaire et/ou du petit bassin à la recherche d'une atteinte rhumatologique de type atteinte tendineuse péri-trochantérienne (périarthrite des hanches ?). L'anamnèse était un peu difficile et le médecin se demandait si l'assurée ne présentait pas des signes d'une éventuelle érythromélgie (douleurs des pieds et des mains qui deviennent rouges).
  - un rapport établi le 24 septembre 2015 par la doctoresse F\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne, indiquant que l'assurée souffrait d'omalgies (douleurs à l'omoplate) chroniques mécaniques secondaires à une atteinte bilatérale de la coiffe des rotateurs, pour lesquelles des infiltrations avaient été réalisées à deux reprises en 2013, suivies de passablement de séances de physiothérapie. Les lombosciatalgies chroniques gauches s'étaient aggravées depuis le printemps 2015. Une IRM lombaire devait être effectuée le 2 octobre 2015. En outre, l'assurée était allergique à certains médicaments (Codéine, Cymbalta, Lyrica et Sertraline). Pour ce qui était de la problématique psychiatrique, il fallait contacter la psychiatre actuelle de l'assurée au CAPPI, la doctoresse G\_\_\_\_\_, ou son ancienne psychiatre, la doctoresse H\_\_\_\_\_ installée comme indépendante.
6. Le 15 octobre 2015, la chambre de céans a informé la recourante que son recours pourrait être tardif en lui donnant un délai pour produire tous renseignements et pièces utiles à ce sujet.
  7. Le 27 octobre 2015, la recourante a retiré son recours.
  8. Le 18 octobre 2016, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'assurance-invalidité alléguant des lombalgies non déficitaires chroniques et une dépression.
  9. Le 2 novembre 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'elle devait lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de

santé depuis la décision du 19 juin 2015 (projet de décision), qui était entrée en force (le 1<sup>er</sup> septembre 2015). En absence de réponse de sa part dans le délai imparti, l'OAI serait contraint de ne pas entrer en matière sur sa nouvelle demande de prestations (art. 43 al. 2 LPGa).

10. L'OAI a reçu de l'assurée, le 21 novembre 2016, outre des rapports déjà produits à l'appui de son recours du 8 octobre 2015 et des rapports datant de 2013, un rapport établi le 8 octobre 2015 par les doctoresses I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_, du service de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), à teneur duquel l'assurée était suivie régulièrement, mais avec plusieurs interruptions, à la consultation du CAPPI Jonction depuis novembre 2008. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et d'un trouble somatoforme. Depuis novembre 2014, elle présentait un tableau clinique fluctuant avec tristesse, ruminations, anhédonie, aboulie et perte l'élan vital. Depuis l'augmentation de ses antidépresseurs en mai 2015, son état s'était légèrement amélioré, sur le plan thymique avec la persistance d'une symptomatologie résiduelle. Sur le plan psychiatrique, son état de santé actuel lui permettait d'exercer une activité professionnelle adaptée à 50%.
11. Le 22 novembre 2016, le SMR a demandé à la Dresse F\_\_\_\_\_ de lui fournir toutes pièces médicales lui permettant de déterminer si sa patiente souffrait d'une affection incapacitante.
12. Le 31 novembre 2016, la Dresse F\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI :
  - un rapport établi le 10 août 2015 par le docteur K\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie d'Onex, à la suite de radiographies de la colonne dorsale et de la colonne lombaire de l'assurée effectuées le 5 août 2015 pour un bilan, en raison de lombalgies gauches accentuées dans un contexte de lombalgies et dorsalgies chroniques, concluant, s'agissant de la colonne dorsale, à de rares ostéophytes sur D7 et D8 et s'agissant de la colonne lombaire, à des ostéophytes sur plateaux vertébraux de L3, L4 et L5, sans autre signe de lésion dégénérative disco-vertébrale.
  - un rapport établi par le docteur L\_\_\_\_\_, le 2 octobre 2015, suite à une IRM de la colonne lombaire concluant : « L5-S1 : Herniation discale paramédiane et récessale à droite associée à une hyperintensité de signal linéaire compatible avec une rupture de l'anneau fibreux. Formation kystique annexielle à droite d'environ 4 cm de diamètre, à corrélérer impérativement avec une échographie endocavitaire spécialisée ».
  - un rapport établi le 14 octobre 2015 par le professeur M\_\_\_\_\_, du Centre d'imagerie d'Onex, concluant que l'IRM pelvienne du 12 octobre 2015 avait mis en évidence un kyste banal de l'ovaire droit de l'assurée, nécessitant un complément d'exploration dans trois à six mois.
  - un rapport établi le 19 novembre 2015 par le docteur N\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, dont il ressort que l'assurée souffrait

d'une lombalgie chronique présente depuis plusieurs années en aggravation depuis un an. La lombalgie mécanique dont souffrait l'assurée était, à son avis, en relation avec l'antéversion exagérée de son bassin, ce qui augmentait les contraintes au niveau de la charnière lombo-sacrée. Ceci était lié aux raccourcissements pathologiques des muscles ilio-psoas, ce qui devenait la toute première urgence à traiter. Au vu de la complexité (contexte socio-économique et physique) du cas, il avait proposé à l'assurée de débiter la physiothérapie avec un schéma rachis/hanche, à réaliser de manière active deux fois par semaine chez le physiothérapeute et deux fois supplémentaires à domicile. Parallèlement, il allait présenter le cas à l'équipe multidisciplinaire de la douleur afin de mieux gérer les différentes composantes. Il avait expliqué à la patiente que sa discopathie L5-S1 n'était que la pointe de l'iceberg et la conséquence du manque de mobilité de ses hanches.

- un rapport du 6 janvier 2016 du docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, du département de chirurgie des HUG, diagnostiquant des lombalgies basses et chroniques depuis 1998, prédominant à gauche, non déficitaires dans un contexte d'insuffisance musculaire lombo-abdominale massive. La limitation fonctionnelle était la position debout et assise statique de manière prolongée. L'assurée devait suivre une physiothérapie intensive de musculation avec auto-exercices quotidiens. Malgré le diagnostic de l'état dépressif qui était traité à l'extérieur, il ne voyait pas pour l'instant d'indication pour une autre prise en charge multidisciplinaire ProMIDos. À distance, on pourrait discuter des infiltrations, voire d'un bloc facettaire L4-L5 L5-S1 ou sacro-iliaque à gauche.
- un rapport établi le 8 janvier 2016 par le Dr N\_\_\_\_\_, qui indiquait avoir revu l'assurée le 4 janvier 2016, dans le contexte de ses lombalgies d'allure mécanique, responsables d'un haut handicap fonctionnel. Il avait instauré un traitement conservateur centré sur des exercices d'étirements des muscles autour des hanches ainsi qu'un gainage de la musculature abdominale et paravertébrale. Ce traitement semblait avoir eu un effet bénéfique minimum, ce qui donnait un index d'incapacité fonctionnelle Oswestry qui restait à 74%. Une prise en charge multidisciplinaire serait bénéfique à l'assurée. En conclusion, il ne retenait pas d'indication chirurgicale pour le problème dont elle se plaignait.
- un rapport d'analyse établi le 3 octobre 2016 par le laboratoire d'analyses médicales Unilabs.

13. Par avis du 10 mars 2017, le SMR a retenu que la situation de l'assurée n'avait pas changé depuis la première décision de refus de prestations d'assurance. Son avis reposait sur les rapports des Dresses F\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_. Du point de vue somatique, les omalgies et lombalgies avaient déjà été reconnues précédemment et restaient inchangées. Par ailleurs, les allergies médicamenteuses n'avaient pas d'influence sur la capacité de travail définitive de l'assurée. Quant à l'aspect psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte dont la gravité et la durée pouvaient avoir

une quelconque influence sur les activités habituelles. La situation était inchangée et ne méritait pas de commencer une instruction.

14. L'OAI a rendu, le 21 mars 2017, un projet de décision de refus d'entrer en matière sur la demande de l'assurée. Il s'appuyait sur l'avis SMR pour retenir que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Il s'agissait uniquement d'une appréciation différente d'un même état de fait.
15. La doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin psychiatre-psychothérapeute, a attiré l'attention de l'OAI, le 28 mars 2017, sur le fait que l'assurée faisait l'objet d'un suivi psychiatrique par ses soins depuis le 11 novembre 2015 et qu'il s'agissait d'un traitement « TTPI » avec prise en charge à raison de deux fois par mois. En ce qui concernait les éléments nouveaux, elle demandait à l'OAI de lui transmettre un rapport à compléter.
16. Par courrier du 3 avril 2017 l'OAI a informé la Dresse P\_\_\_\_\_ qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis sa dernière décision.
17. Le 3 avril 2017, l'assurée a formé opposition contre le projet de décision de l'OAI. Elle alléguait que ses douleurs du dos et aux épaules et à la nuque étaient insupportables et l'empêchaient d'exercer une activité à plein temps. Une reconversion professionnelle était préconisée par ses médecins. Par ailleurs, elle était dorénavant suivie par la doctoresse Q\_\_\_\_\_, médecin interne FMH, la Dresse P\_\_\_\_\_ et le Dr O\_\_\_\_\_. Elle demandait à l'OAI de tenir compte de sa demande de reconversion professionnelle et de prendre contact avec ses nouveaux médecins dont elle lui transmettait les coordonnées.
18. Le 12 avril 2017, la Dresse Q\_\_\_\_\_ informé l'OAI que l'assurée ne pouvait plus reprendre la profession de blanchisseuse en raison de ses pathologies orthopédiques. Sa patiente faisait opposition à la décision du 21 mars 2017, car elle souhaitait faire une demande de reconversion professionnelle. Sa patiente présentait des lombalgies basses chroniques depuis 1998, prédominant à gauche, non déficitaires dans un contexte d'insuffisance musculaire abdominale massive. Ceci était associé à un état dépressif chronique en traitement psychothérapeutique depuis 20 ans, un statut post réinsertion du SE, un tenotomie LCB, une acromioplastie pour bec osseux de l'épaule droite en 2012 et des omalgies gauches en raison d'une rupture partielle du tendon supra épineux.

La Dresse Q\_\_\_\_\_ a transmis à l'OAI en annexe de son courrier :

- un rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ le 22 février 2017, relatif à une consultation du jour précédent, dont il ressort que l'assurée demandait une infiltration. Lors de la dernière consultation en avril 2016, il avait proposé un bloc facettaire L4-L5 et L5-S1 à gauche, qui n'avait finalement pas été réalisé en raison d'une crainte de la patiente. Aujourd'hui, les plaintes étaient les mêmes avec des douleurs petrochantériennes, inguinales et dans la région

sacro-iliaque à gauche. Cliniquement, il notait une absence de déficit sensitivomoteur ou de signe radiculaire, mais une faiblesse importante de la musculature du tronc au test de la planche ventrale. Les facettes lombaires étaient cependant indolores. Il prescrivait un emballage d'Irfen 400 à prendre en réserve et une talonnette de 4 mm d'augmentation à mettre dans la chaussure droite pour l'inégalité vue à la radiographie. Actuellement, il n'y avait pas d'indication pour une infiltration lombaire, mais il restait à disposition en cas de recrudescence des symptômes.

- un rapport établi par le Dr O\_\_\_\_\_ le 7 avril 2017, dont il ressort que l'assurée lui avait fait part dernièrement de douleurs au niveau de l'épaule gauche, étant rappelé qu'une opération de la coiffe avait déjà eu lieu à droite avec succès. Une activité professionnelle partielle, voire même à temps plein, en position mixte et avec peu de port de charge au mouvement répété près du corps était tout à fait possible pour l'assurée. Il soutenait la demande de la patiente de bénéficier d'un stage de placement de la part de l'OCAS ou du chômage.
- 19. Le 19 avril 2017, l'OAI a informé l'assurée que son dossier avait été transféré au SMR pour analyse et que cette période d'évaluation durerait trois mois pendant lesquels il ne pourrait la renseigner sur l'état du dossier.
- 20. Par avis du 20 octobre 2017, le SMR a maintenu sa position selon laquelle une aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas rendue plausible. La Dresse Q\_\_\_\_\_ évoquait la même atteinte que précédemment et évoquait une reconversion professionnelle. La capacité de travail de l'assurée était toujours de 0% en tant que blanchisseuse et de 100% dans une activité adaptée. Aucun élément médical n'était susceptible de le faire changer d'avis.
- 21. Le 24 octobre 2017, le gestionnaire de l'OAI a établi un mandat d'enquête ménagère, au motif qu'il était difficile d'évaluer le nombre d'heures exercées par l'assurée par mois à teneur des documents professionnels. Il fallait investiguer de 2011 à ce jour quel aurait été son taux d'activité si elle avait continué à travailler comme blanchisseuse. S'agissant vraisemblablement d'un statut mixte, il convenait d'évaluer les empêchements rencontrés dans le ménage.
- 22. Par courrier de la même date, l'assurée a été informée que l'OAI pourrait être amené à examiner ses empêchements dans ses travaux habituels afin de déterminer son degré d'invalidité et qu'une visite à domicile par une infirmière pourrait s'avérer nécessaire.
- 23. Selon une note de statut établie par le gestionnaire de l'OAI le 15 janvier 2018, sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 100%, dès lors que ses enfants étaient tous majeurs et qu'elle avait présenté plusieurs contrats de travail à 100%. Il retenait donc un statut d'actif et non un statut mixte.
- 24. Un mandat de réadaptation a été établi le 30 janvier 2018 par l'OAI pour déterminer si l'assurée, qui réclamait des mesures professionnelles, pourrait bénéficier de l'art. 15 LAI (orientation professionnelle).

25. Le 7 février 2018, le service de réadaptation a conclu que taux d'invalidité de l'assurée était nul et qu'aucune mesure professionnelle ne pouvait être accordée. Le salaire avec et sans invalidité était largement supérieur au compte individuel.

À teneur d'une note sur la détermination du degré d'invalidité du 30 janvier 2018, a été prise en compte pour déterminer le revenu avec invalidité, l'enquête de la structure suisse des salaires (ci-après ESS) 2014 pour un homme à hauteur de CHF 5'312.-. Pour indexer le salaire avec et sans invalidité, l'OAI a pris en compte les indices de l'évolution des salaires nominaux pour les années 2013, 2014 et 2016 relatifs aux hommes. Il a ensuite précisé qu'il y avait lieu dans le cas d'espèce de se fonder sur le tableau TA1 de l'ESS 2014 indiquant qu'une femme travaillant dans une activité simple et répétitive pouvait espérer réaliser un salaire annuel de CHF 67'022.- et relevé que le compte individuel n'indiquait aucun revenu annuel supérieur à CHF 12'338.-.

26. Par décision du 8 février 2018, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de l'assurée du 18 octobre 2016, considérant qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la première décision rendue en septembre 2015. Par ailleurs, des mesures d'ordre professionnel ne seraient pas de nature à réduire le dommage. L'assurée serait à même de rétablir un gain dans toute activité adaptée sans l'intervention de l'OAI.

27. Par décision du 2 mars 2018, le Vice-président du Tribunal civil a admis l'assurée au bénéfice de l'assistance juridique avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2018.

28. Le 9 mars 2018, l'assurée a formé recours contre la décision du 8 février 2018, concluant, principalement, à son annulation, au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire en vue de l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle alléguait avoir transmis à l'intimé les documents permettant d'évaluer l'aggravation de son état de santé. L'intimé avait instruit de manière très lacunaire sa nouvelle demande de prestations, puisque il n'avait pas sollicité les avis médicaux indispensables pour attester de l'aggravation de sa situation, notamment de son nouveau psychiatre depuis novembre 2015. Elle avait fait l'objet de plusieurs examens médicaux depuis la décision de refus de prestations du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Le SMR n'avait pas examiné ces rapports médicaux et n'avait pas produit de rapports probants. Le dossier devait donc être renvoyé à l'intimé pour instruction complémentaire. Par ailleurs, le calcul du taux d'invalidité était erroné, puisqu'il se basait sur les tabelles statistiques pour un homme alors qu'elle était une femme. Enfin, un abattement du revenu avec invalidité de 25% aurait dû être retenu au lieu de 10% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de sa faible maîtrise de la langue française.

29. Le 23 avril 2018, la recourante a complété son recours. Elle reprochait à l'intimé de ne pas avoir tenu compte de son suivi psychiatrique actuel alors que sa situation était précaire, puisqu'elle était contrainte de suivre un traitement psychothérapeutique auprès de la Dresse P\_\_\_\_\_. Elle n'était pas en état de

travailler à un taux de plus de 50%. Elle demandait à ce qu'une nouvelle expertise bi-disciplinaire soit ordonnée par la chambre de céans.

Elle a joint à son complément de recours, notamment :

- un rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 11 octobre 2017 indiquant que l'assurée l'avait consulté du 5 janvier 2016 au 11 octobre 2017 pour ses lombalgies pour lesquelles l'intensité et la fréquence des auto-exercices lombaires n'étaient pas suffisantes pour faire cesser sa plainte. Aujourd'hui, elle consultait pour une cervicalgie sans irradiation. En cas d'exacerbation des douleurs, la recourante pourrait s'adresser à la doctoresse R\_\_\_\_\_, cheffe de clinique à Beau-Séjour, pour participer au programme UMPRO, qui englobait un groupe de parole par un psychiatre, un suivi en psychomotricité ponctuel, de l'ergothérapie et de la physiothérapie en piscine et à sec.
  - un rapport établi le 27 mars 2018 dans lequel la doctoresse S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale, indiquait suivre la recourante depuis novembre 2017 et que celle-ci avait présenté une cholécystite aiguë, ayant eu nécessité l'ablation de la vésicule biliaire, et d'un reflux gastro-œsophagien.
  - un rapport du 4 avril 2018 de la Dresse P\_\_\_\_\_ indiquant qu'elle suivait la recourante depuis 2015, dans un premier temps à raison d'une fois par semaine, puis en 2016 les consultations s'étaient espacées, au vu de sa stabilité psychique. Elle retenait comme diagnostic un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, qui se manifestait par des dépressions de l'humeur, une absence de plaisir et de motivation. La recourante restait très souvent enfermée dans son appartement et n'avait pas beaucoup d'activité de loisir. Elle présentait une anxiété, un désespoir avec une absence de projection dans le futur. Elle disait pouvoir s'occuper de son ménage dans le rangement et l'organisation. Au cours des thérapies, elle revenait en permanence sur son désir de travailler à temps partiel étant donné ses douleurs au dos et aux épaules. Le 3 avril, elle avait pleuré et décliné toute capacité de travail.
30. Par réponse du 17 mai 2018, l'intimé a conclu au rejet du recours. Sa décision du 8 février 2018 était bien une décision de non entrée en matière et aucun acte d'instruction n'avait été entrepris. En l'occurrence, à la date de la décision litigieuse, aucun des rapports médicaux produits par la recourante n'attestait d'une aggravation de son état de santé.
31. Par réplique du 11 juin 2018, la recourante a fait valoir qu'après avoir requis l'avis SMR, l'OAI avait sollicité un mandat d'enquête ménagère, ce qui démontrait qu'il était entré en matière sur sa demande. Le 15 janvier 2018, l'OAI avait considéré qu'elle avait un statut mixte, alors qu'il avait retenu un statut d'actif dans la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Par ailleurs, l'intimé avait établi le 30 janvier 2018, un mandat de réadaptation pour une atteinte psychique invalidante et avait déterminé le degré d'invalidité sur une base erronée. Elle avait produit plusieurs médicaux à l'appui de sa demande du 18 octobre 2016. Le SMR n'avait pas tenu compte des

rapports médicaux établis par les Dresses I \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_ le 8 octobre 2015, le Dr N \_\_\_\_\_ le 19 novembre 2015 et le Dr O \_\_\_\_\_ le 6 janvier 2016.

32. Le 22 janvier 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans une attestation établie le 1<sup>er</sup> octobre 2018 par la Dresse P \_\_\_\_\_ attestant qu'elle n'était pas apte à travailler du point de vue psychologique uniquement.
33. Lors d'une audience du 30 janvier 2019 devant la chambre de céans :
- a. La recourante a notamment déclaré qu'elle pensait avoir eu une aggravation de son état de santé depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Depuis l'IRM de 2015, ses douleurs avaient augmenté. Elle avait des problèmes de muscles au bas du dos. Elle avait eu une infiltration à l'épaule gauche et avait été opérée à l'épaule droite. Elle avait des douleurs qui allaient de l'épaule droite au bas du dos et aux deux épaules. Elle avait beaucoup de problèmes au niveau de la nuque et avait de la difficulté à tourner la tête. L'état de son bras s'était empiré en 2017. Suite à son intervention liée à la vésicule biliaire, elle allait moins bien. Un muscle avait peut-être été touché. Depuis 2017, elle restait assise toute la journée. Elle avait de la peine à marcher. Elle estimait n'être plus du tout capable de travailler pour le moment. Elle ne faisait pas de ménage. C'était ses enfants qui s'en occupaient. Depuis six mois, elle n'arrivait plus à prendre soin d'elle correctement à cause de son bras. Son médecin lui avait dit que l'état de ses os ne correspondait pas à son âge. Elle prenait des médicaments pour la douleur et pour la dépression. Elle voyait sa psychiatre, la Dresse P \_\_\_\_\_ depuis quatre ans et était suivie par un psychiatre depuis vingt-six ans. Elle voyait le Dr O \_\_\_\_\_ tous les deux mois. Elle y allait un peu plus souvent depuis 2016, car elle avait mal partout, à tous les os du corps. Elle était allée deux fois au Kosovo cette année, à l'occasion des décès de son père et de sa belle-sœur. Elle s'entendait bien avec son mari qui était gentil. Ses deux cadets vivaient à la maison. Elle voyait régulièrement ses deux aînés ainsi que son petit-fils. Elle ne s'occupait pas de ce dernier. Si elle n'avait pas tous ses problèmes de santé, elle travaillerait à 60% ou 50%. Elle ne pouvait pas plus à cause de sa dépression. Elle n'allait nulle part. Elle n'aimait pas recevoir des gens pour un long moment. Ses enfants cuisinaient pour elle.
- b. Le conseil de la recourante a sollicité un délai pour produire des pièces médicales. Sa requête a été acceptée malgré l'opposition de la représentante de l'intimé, qui a renoncé à se prononcer sur lesdites pièces.
34. Le 12 février 2019, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport établi le 7 février 2019 par le docteur T \_\_\_\_\_, suite à un scanner cérébral, concluant que cet examen était dans les limites de la norme pour l'âge.
35. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour

---

de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
3. Le litige porte sur la question de savoir si la décision de non-entrée en matière rendue par l'OAI le 8 février 2018 est fondée.
4. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1).

Selon l'art. 17 al. 1<sup>er</sup> LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 ; I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités).

5. Selon l'art. 87 al. 2 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.

Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). L'exigence du caractère plausible d'une modification de l'état de santé susceptible d'influencer les droits de l'assuré doit permettre à l'administration d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes, respectivement des demandes de révision dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b; 117 V 198 consid. 4b et les références).

Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit donc commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b).

Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. ATF 125 V 193 consid. 2; 122 V 157 consid. 1a et les références), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5).

Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausible les faits allégués. Un assuré qui renonce à présenter des preuves alors qu'il y a été invité et a bénéficié d'un délai raisonnable pour ce faire ne saurait invoquer la violation de son droit à un procès équitable au sens de l'art. 6 par. 1 CEDH. En effet, l'administration a offert à l'assuré une possibilité raisonnable de présenter sa demande, y compris ses moyens de preuve, si bien que ce dernier ne se retrouvait nullement dans une situation de net désavantage

par rapport à son interlocuteur (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_970/2010 du 30 mars 2011 consid. 4 et les références).

L'exigence du caractère plausible de la nouvelle demande selon l'art. 87 RAI ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent alors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir. L'assuré qui présente une nouvelle demande doit rendre plausible une modification des circonstances qui, lors de l'examen matériel de la demande initiale, ont déterminé la négation de son droit aux prestations (cf. Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 395 et 396 et les références).

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

La terminologie que l'administration emploie n'est pas déterminante pour dire si la décision querellée relève d'un refus d'entrer en matière ou si elle formalise un rejet de la demande après une entrée en matière implicite. La distinction entre un examen limité au caractère plausible d'une modification de l'état de santé au sens de l'art. 87 al. 3 RAI et un examen des conditions de la révision au sens de l'art. 17 LPGA – qui implique que l'OAI est réputé être entré, même implicitement, en matière – porte sur le degré de l'analyse effectuée. Cette distinction n'est pas toujours aisée et ne peut être faite que sur la base des éléments concrets du cas à trancher. Cela étant, si dans sa jurisprudence le Tribunal fédéral des assurances n'a pas toujours expressément listé les critères permettant de dire si l'on se trouve dans l'une ou l'autre des situations, les indices suivants sont susceptibles de le déterminer. L'examen sommaire de la plausibilité de la modification des circonstances n'est pas encore en soi excédé lorsque l'OAI procède à des mesures d'instruction que l'on peut qualifier de simples (« einfache Abklärungshandlungen », arrêt du Tribunal administratif fédéral I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3). Lorsqu'il a un doute sur l'état de santé exact de l'assuré, l'OAI peut procéder à quelques investigations sommaires, même en faisant appel à des tiers spécialisés, d'autant plus que sont souvent en cause des notions médicales qui dépassent les connaissances que peuvent en avoir des profanes, et ce sans que

par ces mesures d'instruction, l'administration soit déjà réputée être entrée en matière implicitement. Ainsi, il n'est pas a priori exclu de considérer que l'administration s'en est tenue à un examen sous l'angle de la seule plausibilité des allégations de l'assuré lorsqu'elle a recueilli un avis du SMR sur la demande de révision présentée (arrêt du Tribunal administratif fédéral du I 41/06 du 25 août 2006 consid. 3.2), lorsqu'elle a sollicité l'avis de son médecin-conseil sans autres investigations (arrêt du Tribunal administratif fédéral I 522/03 du 4 mai 2004 consid. 3.2) ou encore lorsqu'elle a demandé directement au médecin traitant un rapport médical établi sur un formulaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 781/04 du 17 février 2005 consid. 3).

L'élément déterminant ne réside pas tant dans la mise en œuvre ou non par l'administration de mesures d'instruction (simples), ni même dans le fait que l'OAI ait recueilli directement les avis en cause ou ait demandé à l'administré de produire les pièces idoines. Il faut bien plus se référer à l'intensité de l'examen auquel il est procédé, respectivement à la nature des observations retenues sur la base des éléments figurant au dossier ou recueillis dans le cas de l'instruction – limitée – à laquelle l'OAI a procédé (arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

À cet égard, lorsque l'OAI ou le médecin interpellé se borne à constater *prima facie* l'absence de modification, sans autre argumentation que la mise en évidence des éléments médicaux permettant d'y conclure – notamment par la simple énumération des diagnostics – son examen demeure dans les limites de celui de la seule plausibilité, impliquant la possibilité de rendre une décision de non-entrée en matière. En revanche, lorsque l'OAI met en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, lorsqu'il écarte toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue ou encore lorsque le médecin interpellé par l'administration procède aux mêmes constatations, l'examen doit être considéré comme excédant celui qui peut conduire à un refus d'entrer en matière. La décision prise par l'OAI, quand bien même elle notifierait formellement un tel refus d'entrer en matière, devrait alors être examinée comme une décision matérielle de refus (ATAS/1085/2013 du 6 novembre 2013 consid. 6b ; arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

Finalement, il faut garder à l'esprit que la procédure sommaire prévue par l'art. 87 al. 3 RAI ne doit pas être vidée de son sens. Le règlement instaure un système dans lequel une demande de révision présentée par l'assuré peut être écartée après un examen sommaire, ce qui ne signifie pas que la moindre analyse ou mesure d'instruction à laquelle aurait procédé l'administration revienne automatiquement à une entrée en matière implicite. En revanche, cette procédure simplifiée ne doit pas non plus être comprise par l'administration comme l'autorisant à écarter d'emblée et hâtivement toutes les demandes de révision

présentées par les assurés au motif que la modification des circonstances n'a pas été rendue plausible. S'il n'est pas possible de tracer abstraitement une limite précise entre les deux situations, il convient d'examiner au cas par cas si l'examen – par l'OAI lui-même ou par les spécialistes interpellés dans le cadre des mesures d'instruction admissibles – de la plausibilité reste sommaire ou si, au contraire, il s'étend à des considérations plus fouillées en relation avec la modification des circonstances ou des effets de celle-ci sur la capacité de travail ou de gain (ATAS/1085/2013 du 6 novembre 2013 consid. 6b; arrêt TA.2007.191 de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal de Neuchâtel du 15 juin 2009 consid. 4b).

6. En l'occurrence, la recourante a déposé une nouvelle demande de prestations à l'intimé le 18 octobre 2016, invoquant des lombalgies non déficitaires chroniques et une dépression. Bien que l'intimé ait réexaminé la question de son statut – en se demandant si elle n'avait pas un statut mixte avant de valider le statut d'actif retenu dans sa décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015 –, cela ne suffit pas à retenir qu'il est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante du point de vue de la rente d'invalidité. En effet, il n'a pas mis en évidence des contradictions entre différentes pièces médicales du dossier, ni écarté toute influence sur la capacité de travail ou de gain d'affections nouvellement apparues ou d'une aggravation reconnue, mais s'est contenté de demander, le 22 novembre 2016, à la Dresse F\_\_\_\_\_ de lui fournir toutes pièces médicales lui permettant de déterminer si sa patiente souffrait d'une affection incapacitante et d'informer, le 3 avril 2017, la Dresse P\_\_\_\_\_ qu'il lui appartenait de lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis sa dernière décision.

La décision de refus de prestations du 1<sup>er</sup> septembre 2015 était fondée sur un rapport d'expertise du CEMed, qui retenait, sur le plan psychique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique, prenant une forme chronique ; des troubles anxieux. Le rapport médical établi le 8 décembre 2015, suite à la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, par les Dresses I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ indique que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne et que son état s'était légèrement amélioré depuis l'augmentation de ses antidépresseurs en mai 2015 et retient que son état de santé actuel lui permettait d'exercer une activité professionnelle adaptée à 50%. Ce rapport ne rend pas plausible une aggravation de l'état de santé de la recourante, dès lors qu'il évoque une légère amélioration psychique de l'état de la recourante.

Dans un rapport du 4 avril 2018, la Dresse P\_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, ce qui confirme que l'état de la recourante s'est amélioré depuis la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, laquelle était fondée sur l'expertise du CEMed qui retenait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen.

S'agissant des lombalgies, le rapport d'expertise du CEMed retenait, sur le plan rhumatologique, comme seul diagnostic incapacitant une tendinopathie bilatérale de

la coiffe des rotateurs. Il était mentionné, sous statut rhumatologique, que l'expertisée se plaignait de lombalgies et que le mouvement d'inclinaison latérale était diminué de chaque côté avec des lombalgies, sans trouble distal, que le mouvement de rotation était d'amplitude un peu meilleure et presque indolore selon l'expertisée et que l'hyper-extension du rachis dorso-lombaire était à peine ébauchée, l'expertisée se plaignant de vertige et de douleurs lombaires.

Il ressort du rapport établi par le Dr N\_\_\_\_\_ le 19 novembre 2015, produit par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande, que celle-ci souffrait de lombalgies depuis plusieurs années, qui étaient en aggravation « depuis un an ». La Dresse F\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs déjà indiqué dans son rapport du 24 septembre 2015, produit par la recourante à l'appui de son recours contre la décision de l'intimé du 1<sup>er</sup> septembre 2015, que les lombosciatalgies chroniques gauches s'étaient aggravées depuis le printemps 2015. Les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande ne rendent ainsi pas plausibles une aggravation de ses lombalgies depuis la décision du 1<sup>er</sup> septembre 2015, de sorte que l'intimé était fondé à refuser d'entrer en matière sur celle-ci.

S'agissant des mesures professionnelles, le fait que la question d'un éventuel droit à une orientation professionnelle ait été réexaminée, sur demande du gestionnaire, par le service de réadaptation, qui a établi un nouveau calcul du taux d'invalidité, avant que l'intimé décide finalement ne pas entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante, ne suffit pas à considérer que celui-ci est entré en matière sur ce point, dans la mesure où il n'a pas fait d'autre acte d'instruction qu'un nouveau calcul d'invalidité.

7. La décision querellée doit ainsi être confirmée et le recours rejeté.
8. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il n'y a pas lieu de percevoir un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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