

GE_GERICHTE A/278/2016 vom 7. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_278_2016

FR: GE_GERICHTE A/278/2016 du 7 juin 2016

IT: GE_GERICHTE A/278/2016 del 7 giugno 2016

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 07.06.2016 A/278/2016

A/278/2016 ATAS/449/2016 du 07.06.2016 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 07.07.2016, rendu le 29.11.2016, ADMIS, 9C_472/2016 En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/278/2016 ATAS/449/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 7 juin 2016 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marc MATHEY-DORET recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'intéressée), née le _____ 1958, d'origine irakienne, de profession géomètre, est entrée en Suisse le 13 janvier 1995 ; elle n'y a exercé aucune activité lucrative. Elle a déposé le 1 er avril 2004, une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), au motif qu'elle souffrait de fibromyalgie et de dépression depuis « avant 1995 ». 2. Dans un rapport du 16 mai 1995, le professeur B_____ et les docteurs C_____ et D_____ de l'unité d'investigation ambulatoire de la policlinique de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) avaient retenu les diagnostics de lombalgies et cervicalgies communes, ainsi qu'une hématurie microscopique. Selon un rapport établi le 24 septembre 2002 par la doctoresse E_____, chef de clinique à la policlinique de médecine des HUG, la patiente était suivie à la policlinique depuis 1995 pour des troubles dépressifs récurrents et un diagnostic de fibromyalgie. 3. Un rapport d'expertise interdisciplinaire a été réalisé dans le cadre du Centre d'expertise médicale par la doctoresse F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, le 30 juin 2006. La Dresse F_____ a conclu à une incapacité entière de travail, de façon intermittente probablement, dès 1995, étant rappelé qu'en raison de son syndrome dépressif, l'intéressée avait subi trois hospitalisations dans un milieu psychiatrique en 1997 et deux fois en 2000 - 2001. Elle a relevé qu'il y avait eu une amélioration progressive entre 2002 (dernière hospitalisation) et 2004, de sorte que la capacité de travail actuelle était jugée entière. Une activité d'intensité légère à moyenne, plutôt de bureau, l'intéressée ayant des ressources intellectuelles et étant au bénéfice d'une petite formation informatique, pourrait être envisageable. Il ressort ainsi d'une note du médecin du service médical régional AI (SMR) du 10 août 2006 que l'intéressée ne présente aucune pathologie invalidante, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique. Sa capacité de travail est de 100%, avec toutefois une diminution de rendement de 20% dans son ancienne activité de géomètre, en raison des contraintes liées à cette profession, à savoir la nécessité de se déplacer à l'extérieur sur des terrains accidentés et le port de matériel. 4. Dans un rapport du 31 juillet 2007, la doctoresse G_____, généraliste, nouveau médecin traitant depuis le 19 avril 2005, a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressif chronique sévère et de

fibromyalgie. Elle a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 1997. 5. Par décision du 13 juin 2008, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées, l'atteinte à la santé, essentiellement une fibromyalgie, existant probablement déjà en 1995 lors de son arrivée en Suisse. 6. L'intéressée, représentée par l'ASSUAS, a interjeté recours le 2 juillet 2008 contre ladite décision. Elle produit un rapport établi par le Prof. B_____ et les Drs C_____ et D_____ le 16 mai 1995, soulignant qu'ils n'y font état d'aucun trouble somatoforme douloureux, une attestation de la Dresse G_____, datée du 11 juillet 2005, selon laquelle « cette patiente qui présente un état dépressif a été hospitalisée une première fois en milieu psychiatrique en 1997. (...) Sur le plan somatique, elle est connue depuis plusieurs années pour une fibromyalgie », et une appréciation du docteur H_____ du 12 décembre 2000, indiquant que « la patiente m'a été adressée par son médecin traitant. J'ai notamment pu constater des idées suicidaires, des troubles du sommeil, un traumatisme important, une situation psychosociale difficile, une décompensation psychique vu la perspective d'avenir nulle, elle souffre d'un état post-traumatique ». 7. L'intéressée conclut à ce qu'il soit dit et constaté qu'elle est invalide à concurrence de 100%. Par arrêt du 24 mars 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, a retenu, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, que la survenance de l'invalidité devait être fixée à octobre 1996, compte tenu, essentiellement, du rapport établi le 16 mai 1995 par le Prof. B_____ et du certificat du docteur I_____ du 2 septembre 2004. Constatant que l'intéressée, bien qu'assurée au sens de l'art. 1 al. 1 LAVS, n'avait jamais versé de cotisations AVS-AI en Suisse, ni en tant que salariée, ni même en tant que non-active, le TCAS a confirmé que les conditions de l'art. 6 al. 2 LAI n'étaient pas remplies lors de la survenance de l'invalidité. Aussi a-t-il rejeté le recours (ATAS/417/2009). 8. Saisi d'un recours de droit administratif déposé par l'intéressée, le Tribunal fédéral a, dans un arrêt du 16 novembre 2009, confirmé le jugement du TCAS (arrêt du Tribunal fédéral 9C_450/2009). Il a rappelé que l'intéressée présentait une atteinte à la santé qui avait pu être incapacitante à partir d'octobre 1995 et justifier une invalidité au plus tôt dès le mois d'octobre 1996 et a ajouté que selon la Dresse F_____, l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré progressivement entre 2002 et 2004, et que la capacité de travail actuelle était entière selon les collègues spécialistes dans leur domaine respectif (rapport d'expertise du 30 juin 2006). 9. L'intéressée a déposé une nouvelle demande de prestations AI le 1 er juillet 2014. Par courrier du 17 juillet 2014, la Dresse G_____ a confirmé que l'état de santé de sa patiente s'était nettement aggravé depuis le 13 juin 2008. Elle indique à cet égard que celle-ci présente un état dépressif moyen à sévère, des troubles de panique et des phobies sociales, qu'elle souffre également de dorso-lombalgies dans le contexte de troubles de la posture, un goitre thyroïdien, des troubles fonctionnels au niveau du poignet droit dans le contexte d'arthrose trapézo-métacarpienne et ébauche ostéophyttaire de base de la première phalange du pouce droit, d'un problème de fibromyalgie avec douleurs chroniques handicapant la mobilité, ainsi que des céphalées chroniques. Elle considère que l'intéressée n'est capable d'exercer aucune activité qu'elle soit physique ou intellectuelle. La Dresse G_____ a joint un courrier de la Doctoresse J_____, neurologue, daté du 5 juin 2014, à laquelle elle avait adressé l'assurée pour ses céphalées chroniques dans le cadre d'une dépression qualifiée de sévère. Selon la Dresse J_____, le status neurologique est normal, « bien qu'il soit difficile à réaliser chez une patiente se déclarant incapable d'effectuer la moindre tâche demandée

sans déficit observé ». La Dresse J_____ a ainsi conclu à des céphalées de tension dans le cadre d'un état dépressif sévère pour lequel une prise en charge psychiatrique lui semble indispensable. 10. Dans un rapport du 17 octobre 2014 adressé à l'OAI, la Dresse G_____ a posé les diagnostics d'état dépressif chronique sévère, de dorsolombalgies chroniques et de céphalées tensionnelles. Elle évalue l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 1997. 11. Dans une note du 1^{er} juin 2015, le médecin du SMR a constaté que l'aggravation n'était pas rendue plausible. 12. Le 12 juin 2015, l'OAI a transmis à l'intéressée un projet de décision, aux termes duquel il refuse d'entrer en matière. 13. Par courrier du 30 juin 2015, l'assurée a contesté le projet de décision, alléguant que son état de santé s'était aggravé, tant sur le plan physique que psychique. Elle produit deux rapports médicaux : - celui du 21 juin 2015 du docteur K_____, pneumologue, lequel retient les diagnostics de hémoptysie d'origine indéterminée, de discrètes broncheectasies et épaississement tissulaire du segment apical du LSD avec contrôle prévu par un CT-scan thoracique le 27 juin 2015 et de ronflements simples. Il relève l'absence de syndrome d'apnée du sommeil. - celui de la Dresse G_____ du 25 juin 2015, confirmant que l'état de santé de sa patiente s'était nettement péjoré durant cette année, d'une part, sur le plan psychique – un état dépressif actuel nécessite le traitement de médicaments psychotropes régulièrement et un soutien thérapeutique continue –, et, d'autre part, sur le plan somatique - elle présente des troubles respiratoires et bénéficie d'un bilan actuellement dans le contexte d'une hémoptysie - elle va également subir une gastroscopie et coloscopie dans le contexte de troubles digestifs importants. Le médecin maintient le taux d'incapacité de travail à 100 % et demande à ce que sa patiente soit soumise à une expertise. 14. Le 20 juillet 2015, la doctoresse L_____, médecin FMH spécialiste en acupuncture et auriculothérapie, a attesté soigner l'intéressée depuis le 30 juin 2013 pour d'importantes douleurs chroniques diffuses à prédominance aux épaules à la nuque et au rachis vertébral, résistantes aux anti-douleurs habituels. Elle considère que les différents symptômes présentés par l'intéressée sont compatibles avec un diagnostic de fibromyalgie. Selon elle, les importantes et constantes souffrances de l'intéressée ne lui permettent pas d'exercer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. 15. Par courrier du 20 octobre 2015, le Dr K_____ a posé les diagnostics suivants : syndrome modéré d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil équipée d'une pression positive continue (PPC) depuis le 12 octobre 2015 et probables syndromes de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil et d'impatience musculaire de l'éveil, et rappelé la présence de discrètes broncheectasies tubulaires centrales bilatérales et épaississement tissulaire du segment apical du LSD stable à contrôler en mars 2015 et d'hémoptysies. 16. Dans une note du 24 novembre 2015, le médecin du SMR a considéré que les atteintes dont avaient fait état les médecins traitants n'étaient pas susceptibles d'entraîner une répercussion durable sur la capacité de travail, de sorte que l'intéressée n'avait pas rendu plausible l'aggravation de son état de santé. Aussi les conclusions de l'avis du SMR du 6 juin 2015 restaient-elles valables. 17. Par décision du 3 décembre 2015, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière. 18. Par courrier du 14 décembre 2015, la Dresse G_____ a demandé que l'OAI réévalue tous les éléments et accorde une rente entière d'invalidité à sa patiente. 19. L'intéressée, représentée par INDEMNIS, a interjeté recours le 25 janvier 2016 contre ladite décision. Elle conclut à son annulation et au renvoi de la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle rappelle en effet, d'une part, que les rapports médicaux confirment l'aggravation de son état de santé, et, d'autre

part, qu'elle souffre désormais de nouvelles atteintes, en particulier sur le plan respiratoire. Elle relève également que le 1^{er} décembre 2014, l'OAI l'avait informé que des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. Elle considère qu'il a, ce faisant, admis qu'elle avait rendu vraisemblable l'aggravation de son état de santé et était entré en matière sur sa nouvelle demande de prestations.!

20. Dans sa réponse du 17 février 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'intéressée n'avait pas rendu plausible que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.!

21. Dans sa réplique du 22 mars 2016, l'intéressée a rappelé que l'OAI avait d'ores et déjà admis l'aggravation de l'état de santé puisqu'il était entré en matière sur sa nouvelle demande en interrogeant notamment la Dresse G_____ et en lui adressant une communication le 1^{er} décembre 2014 concernant les mesures de réadaptation.!

22. Dans sa duplique du 11 avril 2016, l'OAI a persisté dans ses conclusions.!

23. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause est gardée à juger.!

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

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA).!

3. L'objet du litige - circonscrit par la décision litigieuse - porte uniquement sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande déposée par l'intéressée le 1^{er} juillet 2014. !

4. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), 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).!

b. 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. 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). Ces principes, développés par la jurisprudence en relation avec la

nouvelle demande de prestations (art. 87 al. 3 RAI), sont applicables par analogie à la demande de révision (130 V 71 consid. 3 ; ATF 109 V 262 consid. 3). 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). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1^{er} janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.1, 2.2, 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3). L'examen du juge se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations (ATF 130 V 64 consid. 2 ; ATF 109 V 262 consid. 4a). L'exigence relative au caractère plausible 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 lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à

influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).!> 6. a. Il s'agit de déterminer si les conditions de fait se sont modifiées, de manière notable, depuis la décision du 13 juin 2008.!> b. Il y a préalablement lieu de rappeler que la première demande avait été rejetée au seul motif que les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées. La survenance de l'invalidité avait alors été fixée à octobre 1996, en raison d'un état dépressif avec fibromyalgie. Il n'est toutefois pas exclu que l'aggravation de l'état de santé d'une personne qui, au moment de la survenance de l'invalidité, ne remplissait pas les conditions d'assurance, puisse constituer un nouveau cas d'assurance si elle est due à une affection totalement différente de celle ayant initialement entraîné l'invalidité (arrêt 9C_658/2008 du 10 juin 2009 consid. 5 ; arrêt 9C_884/2011). Il importe ainsi d'examiner, pour ce motif également, s'il y a eu aggravation ou nouvelle atteinte. c. L'intéressée considère que l'OAI a d'ores et déjà admis que son état de santé s'était aggravé puisqu'il est entré en matière sur sa nouvelle demande du 1 er juillet 2014, en lui adressant une communication le 1 er décembre 2014 concernant les mesures de réadaptation et en interrogeant notamment la Dresse G_____. La chambre de céans constate toutefois que les certificats d'incapacité de travail établis par la Dresse G_____ et joints à la demande ne suffisent pas à l'évidence à rendre plausible une aggravation de l'état de santé, c'est à juste titre que l'OAI a invité l'intéressée, par courrier du 3 juillet 2014, à produire un rapport médical circonstancié dans un délai de trente jours, ce conformément à la jurisprudence précitée. On ne saurait dès lors soutenir que l'OAI, ce faisant, serait entré en matière sur la demande de prestations. d. Dans son arrêt du 16 novembre 2009, le Tribunal fédéral a confirmé le jugement du TCAS du 24 mars 2009, selon lequel les conditions d'assurance n'étaient pas réalisées, l'invalidité étant survenue en octobre 1996. Se fondant sur le rapport d'expertise établi par la Dresse F_____ le 30 juin 2006, il a constaté que l'état de santé de l'intéressée s'était amélioré progressivement entre 2002 et 2004, et que la capacité de travail était entière selon les collègues spécialistes dans leur domaine respectif. e. Dans son rapport du 17 octobre 2014 adressé à l'OAI, la Dresse G_____ a posé les diagnostics d'état dépressif chronique sévère, de dorsolombalgies chroniques et de céphalées tensionnelles et évalue l'incapacité de travail à 100% depuis octobre 1997. Elle reprend ainsi précisément les mêmes diagnostics et le même taux d'incapacité de travail, que ceux déjà indiqués dans son rapport du 31 juillet 2007. Or, la Dresse F_____ avait considéré, dans son expertise du 30 juin 2006, que l'intéressée ne présente aucune pathologie invalidante, ni sur le plan rhumatologique, ni sur le plan psychiatrique. La capacité de travail est de 100%, avec toutefois une diminution de rendement de 20% dans son ancienne activité de géomètre, en raison des contraintes liées à cette profession, à savoir la nécessité de se déplacer à l'extérieur sur des terrains accidentés et le port de matériel. Le 25 juin 2015, la Dresse G_____ a déclaré que l'état de santé de sa patiente s'était nettement péjoré durant cette année, d'une part sur le plan psychique – « un état dépressif actuel nécessite le traitement de médicaments psychotropes régulièrement et un soutien thérapeutique continue » –, et, d'autre part, sur le plan somatique – « elle présente des troubles respiratoires et bénéficie d'un bilan actuellement dans le contexte d'une hémoptysie - elle va également subir une gastroscopie et coloscopie dans le contexte de troubles digestifs importants », et maintient le taux d'incapacité de travail à 100%. Force est de constater qu'aucune aggravation de l'état de santé n'a été mise en évidence par la Dresse G_____, qui retenait déjà, dans le cadre de la première demande, un état dépressif sévère avec fibromyalgie. De même en est-il « des importantes douleurs chroniques diffuses

à prédominance aux épaules à la nuque et au rachis vertébral, (...) compatibles avec un diagnostic de fibromyalgie », relevées par la Dresse L_____ le 20 juillet 2015. f. Il apparaît que les nouvelles atteintes, décrites par le Dr K_____ les 21 juin et 20 octobre 2015, soit une hémoptysie d'origine indéterminée, de discrètes bronchectasies et épaissement tissulaire du segment apical du LSD et de ronflements simples, puis un syndrome modéré d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil équipée d'une pression positive continue (PPC) depuis le 12 octobre 2015 et de probables syndromes de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil et d'impatience musculaire de l'éveil, ne sont pas non plus de nature à modifier les droits de l'intéressée. Il importe en effet de rappeler à ce stade que dans un litige portant sur le bien-fondé du refus d'entrer en matière sur une nouvelle demande, le juge doit se contenter d'examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué. Son examen se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1). Dans ce type de procédure, il n'appartient pas à l'office intimé ou au tribunal cantonal d'instruire le cas sur le fond. g. L'état de fait est ainsi resté quasi identique et les nouveaux documents médicaux ne rendent pas vraisemblable que les conditions de fait se soient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision du 13 juin 2008. Force est ainsi de constater que l'intéressée n'a pas apporté les éléments médicaux permettant de rendre plausible une aggravation de son état de santé et propre à modifier ses droits, de sorte que c'est à juste titre que l'OAI a refusé d'entrer en matière. 7. Partant, le recours sera rejeté.![endif]>![if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. ![endif]>![if> 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.![endif]>![if> La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le