

## **GE\_GERICHTE A/407/2019 vom 17. Dezember 2019**

GE Cour de justice, 2019-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_407\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_407_2019)

FR: GE\_GERICHTE A/407/2019 du 17 décembre 2019

IT: GE\_GERICHTE A/407/2019 del 17 dicembre 2019

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.12.2019  
A/407/2019

A/407/2019 ATAS/1173/2019 du 17.12.2019 ( AI ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit  
rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/407/2019 ATAS/1173/2019  
COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 décembre 2019 1 ère  
Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée c/o Mme B\_\_\_\_\_, aux  
AVANCHETS, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael  
RUDERMANN 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'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1959, a, par décision du 10 juin 2008 rendue  
par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Fribourg (ci-après l'OAI Fribourg), été  
mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à partir du 1 er mars 2007. 2. Elle a  
déposé le 5 décembre 2006 une demande visant à l'octroi d'une allocation pour impotent.  
3. Une enquête à domicile a été conduite le 2 mars 2009, au terme de laquelle il a été  
considéré que l'assurée avait besoin d'une aide régulière et importante pour manger, pour se  
laver et pour se déplacer depuis 2005. Une allocation pour impotence de degré faible dès le  
1 er juillet 2007 a été proposée, étant précisé que « Madame s'est plainte surtout pour des  
douleurs physiques mais au niveau psy il y a atteinte et les actes retenus sont ceux pour  
lesquels Madame a des angoisses demandant de l'aide ». 4. Par décision du 3 février  
2010, l'OAI Fribourg a informé l'assurée que son degré d'invalidité n'avait pas changé au  
point d'influencer son droit à la rente. Par décision du même jour, l'OAI Fribourg a alloué à  
l'assurée une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1 er juillet 2007,  
considérant que l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie de deux heures  
par semaine en moyenne sur une période de trois mois était prouvé. 5. Une révision de  
la rente et de l'allocation pour impotent a été initiée en août 2014. Par décision du 25 février  
2015, le droit à l'allocation pour impotent a été maintenu sans modification (degré  
d'impotence faible), de même que le droit à la rente entière d'invalidité (degré d'invalidité  
100%). 6. Par courrier du 5 mai 2015, l'assurée, représentée par Me Enis DACI, a  
déposé une nouvelle demande concernant l'allocation pour impotence. Elle a joint un  
certificat de la doctoresse C\_\_\_\_\_, psychiatre, du 5 février 2015, selon lequel elle est  
incapable de se déplacer et d'être seule chez elle en raison d'un trouble d'humeur, épisode  
actuel dépressif sévère réactionnaire au déménagement dans le canton de Genève. 7.  
L'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a transmis à l'assurée  
un projet de décision le 15 juin 2015, aux termes duquel il a refusé d'entrer en matière, lui  
expliquant que « votre précédente demande de prestations avait été admise par décision du  
25 février 2015, un nouvel examen ne pourrait être envisagé que si vous rendez plausible  
que l'état de fait s'est modifié après cette date et qu'il est désormais susceptible de changer  
votre droit aux prestations ». 8. Le 17 juin 2015, l'assurée, représentée par Me DACI, a

produit copie d'un rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_, daté du 5 juin 2015, aux termes duquel elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel réactionnel, et d'un trouble de panique avec agoraphobie. Le médecin indique que « je connais la patiente depuis plusieurs années (...) il y a eu une certaine amélioration en ce qui concerne la conscience morbide, c'est-à-dire que la patiente n'a plus comme auparavant débarqué sans cesse aux urgences de médecine interne avec des douleurs précordiales comme avant le début du suivi.

Néanmoins, il y a eu une péjoration en ce qui concerne l'anxiété de séparation versus l'évitement phobique si elle doit rester même pour une très courte durée sans la présence de son époux. Cette personne est devenue pour elle indispensable afin qu'elle puisse gérer le quotidien. (...). Les symptômes anxio-dépressifs ont également été augmentés suite à un trouble de l'adaptation avec une réaction anxio-dépressive importante lors du déménagement de Fribourg à Genève, ainsi que toutes les difficultés administratives et financières qui découlent de ce déménagement, ont augmenté chez cette patiente le sentiment d'insécurité et de vulnérabilité.(...) elle a besoin de la présence permanente de son époux (...) la patiente commence à créer aussi une phobie sociale car elle réalise que pendant ses attaques de panique, elle se sent de plus en plus embarrassée que les gens arrivent à « voir » dans son regard le mal-être qu'elle vit. En revanche son époux ne peut partir que des courtes durées en étant dans une distance géographique pas loin de la patiente pour permettre à celle-ci de se sentir entourée et rassurée. De ce fait il pourrait intervenir à tout moment si besoin ». 9.

Par décision du 31 août 2015, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande concernant l'octroi d'une allocation pour impotence. Il a considéré qu'elle n'avait pas rendu plausible que son état de santé s'était modifié après le 25 février 2015, date de la précédente décision. Aussi le droit à une allocation d'impotence de degré faible à domicile restait-il inchangé. 10. Le 3 septembre 2018, l'assurée a déposé une nouvelle demande pour une allocation pour impotent, alléguant que son état de santé s'était aggravé depuis deux ans, et qu'elle avait besoin d'aide pour accomplir les actes

ordinaires de la vie suivants : - Se vêtir / se dévêtir - Soins du corps - Aller aux toilettes - Se déplacer - Entretenir des contacts sociaux Elle ajoute qu'elle a besoin de soins et que son état nécessite une surveillance. 11. Par courrier du 11

septembre 2018, l'OAI a accusé réception de ladite demande et signalé à l'assurée qu'il avait besoin pour se prononcer de tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'aggravation de son état de santé depuis la date de la dernière décision. 12. L'assurée a ainsi produit : - un rapport de la Dresse C \_\_\_\_\_ du 29 septembre 2018, selon lequel

« La patiente n'arrive pas à fonctionner lors des activités de la vie quotidienne sans la présence de ce dernier et elle ne peut pas se passer des soins d'une tierce personne. Et cela malgré tout le travail qui a été effectué afin de rendre cette patiente plus autonome au moins un petit moment durant la journée ». - un rapport du docteur D \_\_\_\_\_, généraliste, du

4 octobre 2018, indiquant qu' « Elle ne peut rester longtemps assise ou debout à cause des douleurs de dos occasionnées par les discopathies dorsales et lombaires. Ces douleurs de dos l'empêchent également de faire de longues marches. L'IRM lombaire du 13 mai 2016 a mis en évidence une hernie discale ce qui contribue également aux limitations de mouvements. La patiente présente aussi des mains arthrosiques au niveau des doigts, raison pour laquelle elle est obligée de demander de l'aide à de tierces personnes. Elle se plaint également de troubles mnésiques et a peur de faire des promenades sans accompagnement d'un tiers (voir rapport de la psychiatrie ci-jointe). Physiquement, l'assurée est très diminuée et il est impossible pour elle de faire des tâches ménagères. Elle a besoin en permanence d'une tierce personne pour toutes les tâches journalières ». L'assurée a également versé au

dossier les conclusions rédigées par le docteur E\_\_\_\_\_, radiologue, suite à des radiographies des pieds, du bassin et des mains effectuées le 26 novembre 2018, comme suit : - « Légère arthrose MTPI des deux côtés, plus marquée à droite. Remaniement séquellaire de la tête du 2<sup>ème</sup> métatarse à droite. Pas d'image d'érosion péri-articulaire ni d'autre anomalie significative par ailleurs ». - « Signes de coxarthrose bilatérale débutante, sans autre anomalie significative décelable par ailleurs ». - « Signes d'arthrose diffuse modérée sur l'ensemble des doigts des deux côtés, pas d'évidence d'érosion péri-articulaire. L'examen échographique ne démontre pas de signe de synovite au niveau des doigts, ni des poignets », ainsi qu'un rapport de la doctoresse F\_\_\_\_\_, daté du 4 décembre 2018, selon lequel « elle présente des lombalgies de longue date, mais depuis trois-quatre ans, les douleurs se diffusent, deviennent constantes, touchent tout le corps, tous les muscles et toutes les articulations. Elle signale une impression de gonflement des mains et des pieds et un dérouillage matinal d'environ trente-minutes. (...) En conclusion, pour l'instant, le bilan effectué est non relevant et ne parle pas pour une origine inflammatoire aux douleurs que présente l'assurée . En reprenant l'anamnèse, elle présente également une fatigue importante, d'importants troubles du sommeil, un état dépressif et des angoisses. Les douleurs rentrent le plus probablement dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie) associé à son état dépressif ». 13. Par décision du 19 décembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il refusait d'entrer en matière, au motif que les éléments médicaux des 27 (recte 29) novembre 2018 et 7 (recte 4) décembre 2018 ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente de la situation. 14. L'assurée, représentée par Me Michael RUDERMANN, a interjeté recours le 1<sup>er</sup> février 2019 contre ladite décision et conclu à l'annulation de celle-ci et au renvoi du dossier à l'OAI pour qu'il entre en matière sur sa demande du 3 septembre 2018. Elle a complété son recours le 22 mars 2019. Elle rappelle qu'elle a produit à l'appui de sa demande des rapports d'examen radiologiques et des rapports des docteurs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_, selon lesquels son état de santé s'est aggravé. Elle relève que des nouveaux diagnostics ont été posés depuis la décision du 20 avril 2010 (recte 3 février 2010). L'assurée constate par ailleurs que l'OAI a pris position alors qu'il a refusé d'entrer en matière sur le fait que les éléments médicaux des 29 novembre et 4 décembre 2018 ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente de la situation. À ce stade, il n'avait pas le droit d'aller aussi loin. Sa décision est donc entachée d'arbitraire et doit être annulée. 15. Dans sa réponse du 16 avril 2019, l'OAI a relevé que le certificat rédigé par la Dresse F\_\_\_\_\_ n'attestait que des signes débutants d'arthrose, le second du Centre d'imagerie de la Servette d'arthrose diffuse et modérée sur l'ensemble des doigts, et de coxarthrose débutante, ainsi que d'une légère arthrose pour les pieds. Il conclut au rejet du recours. 16. La réponse de l'OAI a été communiquée à l'assurée et un délai lui a été imparti pour détermination. Celle-ci ne s'est toutefois pas manifestée. 17. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable en l'espèce. 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable (art. 56 ss LPGA). 4. 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'assurée le 3 septembre 2018. L'OAI a en l'occurrence considéré que l'assurée n'avait pas établi de façon plausible que son degré d'impotence s'était aggravé.

5. a. L'art. 35 al. 2 RAI prévoit que « lorsque, par la suite, le degré d'impotence subit une modification importante, les art. 87 à 88 bis sont applicables ». b. 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 encore, par analogie, les mesures de réadaptation (ATF 109 V 119 ) - 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). c. Ainsi, lorsqu'une rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou qu'une rente partielle a été accordée en considération d'un certain degré d'invalidité, 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 (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1 ; ATF 109 V 262 consid. 3). Il n'est pas attendu de l'assuré qu'il démontre une aggravation de son état de santé au degré de la vraisemblance requis généralement en matière d'assurances sociales ; il suffit qu'il fournisse des indices d'une telle aggravation pour que l'administration doive entrer en matière sur sa demande ; les indices requis doivent cependant être d'autant plus convaincants que la précédente décision est récente (ATF 125 V 195 consid. 2 ; ATF 119 V 9 consid. 3c/aa ; ATF 109 V 108 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa, non publié in ATF 127 V 294 ). L'exigence de plausibilité d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force de refus de prestations ou fixant le droit à une rente d'invalidité partielle en considération d'un certain degré d'invalidité, 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 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 410 consid. 2b; ATF 124 II 265 consid. 4a ; ATF 117 V 198 consid. 4b et les références). L'ajout ou l'abandon d'un diagnostic ne constitue pas en soi un motif de révision, car il ne prouve pas forcément l'aggravation ou l'amélioration de l'état de santé nécessaire pour une révision. Une révision générale ne peut avoir lieu que si une modification de l'état de fait influant sur le droit à la rente est prouvée et que ce droit en est affecté. Un nouveau diagnostic venu s'ajouter au tableau clinique existant ne s'oppose pas à une suppression de la rente ( 8C\_237/2014 ). Il n'y a pas de motif de révision quand on est simplement en présence d'une évaluation différente d'une situation qui pour l'essentiel est restée la même (RCC 1987 p. 36, 9C\_223/2011 ). Si l'assuré ne fait pas valoir de motif de révision plausible, l'office AI n'entre pas en matière et rend une décision de non-entrée en matière (RCC 1985 p. 332, 1984 p. 364, 1983 p. 382). Si l'assuré fait valoir un motif de révision plausible, l'office AI entre en matière et entreprend les investigations nécessaires pour déterminer si la modification de situation alléguée est effectivement survenue et dans quelle mesure elle déploie des effets sur l'invalidité. Selon le résultat, l'office AI rend alors une décision d'acceptation ou de rejet de la demande (RCC 1984 p. 364, 1983 p. 386). d. 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 1er 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). 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 (ATF 109 V 108 consid. 2b). e. La date à partir de laquelle examiner si le taux d'invalidité s'est modifié de manière à influencer le droit aux prestations est celle de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente. Cet examen devrait avoir comporté une instruction des faits, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit (ATF 133 V 108 ). Le recours à un acte administratif pour la comparaison suppose que cet acte se fonde sur les investigations nécessaires au vu de l'évolution de la situation. Une instruction matérielle au sens de l'ATF 133 V 108 compte comme une investigation pouvant justifier une augmentation, une réduction ou une suppression de rente si elle conclut à un autre résultat ( 8C\_441/2012 consid. 6). Les communications faites sur la base de l'art. 74ter, let. f, RAI et qui se fondent sur une instruction matérielle exhaustive sont à considérer comme une décision entrée en force en ce qui concerne la date de comparaison ( 9C\_46/2009 et 9C\_552/2009 ). Les communications ou décisions qui se limitent à confirmer la décision de rente précédente ne doivent pas être prises en considération. La date d'une décision entrée en force se basant sur un rapport ménager sans nouvel examen médical ne constitue pas une date de référence pour déterminer la modification de l'état de santé à prendre en considération pour fixer le droit à des prestations ( 9C\_726/2011 consid. 3.3). 6. En l'espèce, l'assurée reproche à l'OAI d'avoir pris position sur les éléments médicaux des 29 novembre et 4 décembre 2018, tout en refusant d'entrer en matière. Selon elle, à ce stade, il n'avait pas le droit d'aller aussi loin, de sorte que sa décision est donc entachée d'arbitraire et doit être annulée. La chambre de céans constate toutefois que l'OAI s'est borné à déclarer que ces éléments médicaux ne lui permettaient pas d'apprécier différemment la situation. Il n'est précisément pas entré en matière. La décision ne saurait, partant, être annulée pour ce motif. 7. En l'occurrence, se pose uniquement la question de savoir si l'assurée, au moment de la décision litigieuse, soit le 19 décembre 2018, a rendu plausible une aggravation de son état de santé survenue depuis le 3 février 2010, date à laquelle l'OAI lui avait reconnu le droit à une allocation pour impotent de degré faible à compter du 1er juillet 2007. Certes des décisions ont-elles été rendues les 25 février et 31 août 2015. Par ces décisions toutefois, l'OAI se bornait à refuser

d'entrer en matière, sans avoir procédé à un examen matériel. Il n'y a dès lors pas lieu de les prendre en considération. 8. Faute pour le principe inquisitoire de s'appliquer à la procédure de nouvelle demande, l'assurée devait rendre plausible le fait que son état de santé s'était aggravé dans une mesure suffisante pour justifier le droit à une allocation pour impotent de degré moyen, voire de degré grave. Pour ce faire, il lui appartenait de transmettre à l'OAI des éléments médicaux permettant de déterminer si l'étendue du besoin d'aide au jour du dépôt de sa nouvelle demande le 3 septembre 2018 avait augmenté. Il ressort des faits de la cause que l'OAI, par courrier du 11 septembre 2018, a dûment rendu l'assurée attentive à son obligation de rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision. À cet effet, il lui a imparti un délai de trente jours pour produire des documents médicaux, précisant expressément que sans réponse, il n'entrerait pas en matière sur la nouvelle demande. L'assurée a versé au dossier un rapport de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 29 septembre 2018, un rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 4 octobre 2018 et un rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_, daté du 4 décembre 2018, ainsi que des rapports d'examen radiographiques du 26 novembre 2018. Il y a lieu d'examiner si l'assurée a ainsi rendu plausible une aggravation de son impotence. 9. À cet égard, il convient de rappeler que selon l'enquête à domicile du 2 mars 2009, à la suite de laquelle une allocation pour impotent de degré faible a été allouée à l'assurée, celle-ci avait besoin d'une aide régulière et importante pour manger, pour se laver et pour se déplacer depuis 2005. Dans sa demande du 3 septembre 2018, elle a indiqué qu'elle avait besoin d'aide pour accomplir les actes ordinaires de la vie suivants : - Se vêtir / se dévêtir - Soins du corps - Aller aux toilettes - Se déplacer - Entretenir des contacts sociaux Elle ajoute qu'elle a besoin de soins et que son état nécessite une surveillance. Il résulte des rapports médicaux produits que sur le plan physique, elle souffre d'arthrose au niveau des doigts, raison pour laquelle elle est obligée de demander de l'aide à des tierces personnes, et de douleurs au dos qui impliquent qu'elle ne peut rester longtemps assise ou debout, ce qui serait de nature à expliquer qu'elle ne puisse plus accomplir les actes ordinaires de la vie, tels que aller aux toilettes et se vêtir / se dévêtir. Le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé que l'assurée « a besoin en permanence d'une tierce personne pour toutes les tâches journalières ». Sur le plan psychique, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que « la patiente n'arrive pas à fonctionner lors des activités de la vie quotidienne sans la présence de ce dernier et elle ne peut pas se passer des soins d'une tierce personne. Et cela malgré tout le travail qui a été effectué afin de rendre cette patiente plus autonome au moins un petit moment durant la journée ». Dans son rapport du 5 juin 2015 déjà - rapport qui peut être pris en considération dans le cadre de la présente procédure s'agissant de rendre plausible une aggravation survenue depuis la décision du 3 février 2010 -, ce médecin avait constaté une péjoration en ce qui concerne l'anxiété de séparation versus l'évitement phobique si elle doit rester même pour une très courte durée sans la présence de son époux. 10. Il y a en conséquence lieu de considérer que l'assurée a rendu plausible le fait que son degré d'impotence s'est aggravé. C'est à tort que l'OAI n'est pas entré en matière sur cette nouvelle demande. Une investigation s'avère nécessaire. Le recours sera admis et la cause renvoyée à l'OAI pour instruction de la demande du 3 septembre 2018 et nouvelle décision. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. L'admet et annule la décision du 19 décembre 2018. 3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction de la demande du 3 septembre 2018 et nouvelle décision. 4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens. 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de

l'OAI. 6. 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 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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.