

## **GE\_GERICHTE A/4294/2016 vom 27. September 2017**

GE Cour de justice, 2017-09-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_4294\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4294_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/4294/2016 du 27 septembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/4294/2016 del 27 settembre 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par B\_\_\_\_\_ SA 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1959, a requis, le 15 mai 2006 des prestations à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), précisant être employée de banque auprès de C\_\_\_\_\_ depuis le 2 avril 1979 et être en incapacité de travail due à la maladie, à 50% dès le 19 septembre 2005, en raison d'une dorsalgie chronique existant depuis avril 2004. À teneur d'un rapport d'expertise médicale établi le 13 mars 2007 par le docteur D\_\_\_\_\_, FMH en rhumatologie et médecine interne, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail étaient : dorsalgies chroniques d'allure inflammatoire, suspicion de spondylarthrite ankylosante compte tenu d'une probable sacro-iliite bilatérale. L'assurée avait présenté dès la fin de l'année 2003 des dorsalgies inaugurales devenant progressivement chroniques de caractère inflammatoire puisque présentes surtout lors du maintien des positions statiques et du repos - y compris durant la nuit avec des réveils nocturnes - qui étaient accompagnées d'une raideur matinale prolongée évaluée à environ une heure. L'assurée avait été initialement traitée par des anti-inflammatoires, des myorelaxants et une corticothérapie orale, puis sous forme d'infiltrations, ainsi que par de la physiothérapie et enfin de l'ostéopathie, sans effets favorables. Elle avait ensuite été hospitalisée dans le service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) où une IRM dorsale n'avait pas révélé de lésions significatives hormis des discopathies débutantes. Au vu de l'évolution défavorable, le docteur E\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, s'était chargé du suivi thérapeutique de l'assurée, qui avait été mise au bénéfice d'un traitement d'opiacés, d'abord sous forme de Tramadol puis sous forme morphinique, traitement qu'elle prenait encore actuellement à des doses significatives sans bénéfice majeur. L'assurée avait ensuite été examinée à la consultation de la douleur aux HUG, qui avait préconisé la poursuite du traitement opiacé. Elle avait également reçu des traitements d'antidépresseurs sans bénéfices manifestes. Finalement, elle avait consulté le docteur F\_\_\_\_\_, radiologue FMH, qui avait effectué une nouvelle IRM dorsale objectivant une image compatible avec un angiome au niveau de D8, puis un CT-scan dorsal, examen également compatible avec un angiome vertébral D8 du côté droit. Un avis complémentaire avait alors été requis auprès du docteur G\_\_\_\_\_, neurochirurgien FMH, qui n'avait pas proposé de traitement opératoire, mais suggéré une éventuelle vertébroplastie. Il fallait noter que l'assurée avait également reçu des traitements d'antalgie instrumentale invasive sous forme de blocs facettaires dorsaux qui n'avaient pas eu d'effet favorable d'après ses dires. Au total, les différentes thérapies qu'elle avait reçues jusqu'à présent n'avaient conduit à aucune amélioration et ses douleurs étaient toujours estimées à 8/10 sur une EVA en dépit de la prise de morphine quotidienne. Il fallait noter que l'assurée

n'avait pas d'autres doléances ostéo-articulaires manifestes hormis des pygalgies intermittentes plutôt inflammatoires. Elle n'annonçait pas de douleurs au niveau du squelette appendiculaire ni de plaintes neurologiques tant aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Les examens complémentaires radiologiques réalisés lors de l'expertise sous forme de clichés de la colonne lombaire et de Barsony des sacro-iliaques avaient révélé des images fortement suspectes d'une sacro-iliite bilatérale. Enfin les clichés lombaires ne démontraient pas de discopathie significative, mais une très légère ébauche d'ostéophytose antérieure en L4-L5. Enfin, les IRM réalisées au niveau dorsal et le CT-scan dorsal récent mettaient en évidence une image suspecte d'un angiome banal au niveau de D8, image qui pourrait cependant également être l'expression d'un phénomène inflammatoire aspécifique. Au vu de la suspicion de sacro-iliite bilatérale, il fallait évoquer l'hypothèse d'une spondylarthrite ankylosante, entité nosologique qui pourrait expliquer les doléances de l'expertisée, sous forme de dorsalgies, qui évoluaient depuis trois ans et l'absence de réponse tant aux corticostéroïdes qu'aux opiacés chez une patiente qui ne présentait pas de stigmates qui auraient pu faire suspecter un syndrome d'amplification des symptômes notamment en vue de l'absence de signes de Waddell, Sobel et Kummel à l'examen clinique. Au vu de l'état clinique actuel de l'assurée, celle-ci était en incapacité de travail à 50% dans son activité actuelle d'employée de banque, travail qui permettait des alternances de positions et qui ne nécessitait pas de port ou de soulèvement de charges. L'assurée déclarait que, même si elle travaillait actuellement à 50% sous forme de demi-journées, elle était parfois obligée d'arrêter complètement son travail pendant plusieurs jours en raison de ses rachialgies. Elle travaillait principalement en position assise dans un travail sédentaire de saisie informatique et pouvait changer de position au cours de ses demi-journées d'activité. Selon la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, l'assurée n'avait pas une thymie dépressive, mais quelques affects dépressifs passagers, à mettre plutôt en relation avec la chronicité des douleurs et les douleurs dorsales qui n'avaient pas répondu au traitement. L'assurée ne pouvait plus continuer son activité habituelle, avait une diminution de rendement de 100% et il n'y avait pas d'autres activités envisageables. Selon le Dr E\_\_\_\_\_, la capacité de travail dans l'activité habituelle était exigible à 50% avec une baisse de rendement de 20 à 30%. Ce médecin ne s'était pas déterminé quant à une éventuelle exigibilité dans une activité adaptée. 2. Le 24 avril 2007, le docteur I\_\_\_\_\_, radiologue FMH a conclu, à la suite de l'IRM des articulations sacro-iliaques de l'assurée du 23 avril 2007 à une discrète sclérose sous-chondrale au niveau des berges articulaires de l'articulation sacro-iliaque droite, beaucoup moins évidente par rapport aux radiographies réalisées le 9 mars 2007. 3. Le 1<sup>er</sup> mai 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a précisé que les résultats des investigations du Dr E\_\_\_\_\_ n'avaient mis en évidence aucun argument en faveur d'une sacro-iliite. D'autre part, le génotype HLA B27 s'était avéré négatif. Ainsi il n'y avait actuellement pas suffisamment d'argument pour évoquer un diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Dans ces conditions, les conclusions de son expertise demeuraient toujours valables. Il fallait cependant retenir un diagnostic de dorsalgies chroniques d'origine aspécifique. 4. Dans un courrier adressé le 18 juin 2007 au docteur J\_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'OAI du canton de Vaud, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait indiscutablement un substrat somatique tant à l'examen clinique du rachis dorsal (thoracique) qu'au niveau du bilan radiologique et IRM. L'assurée ne présentait pas de stigmates suggestifs d'une amplification des symptômes (pas de signes de Waddell). Le fait que l'assurée était sous traitement d'opiacés conduisait à une baisse de rendement, même dans une activité adaptée. Il retenait en conséquence une incapacité de

travail à 50%. La situation de l'assurée devrait être réévaluée dans deux ans, car il n'était pas impossible que sa situation clinique s'améliore d'ici là. 5. L'OAI a octroyé à l'assurée, par décision du 12 juillet 2007, une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 50% dès le 11 avril 2006, considérant qu'il ressortait des éléments médicaux recueillis dans le cadre de l'instruction de son dossier que sa capacité de travail était de 50% dans toutes activités qui respectaient ses limitations fonctionnelles. 6. Par décision du 6 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'elle avait constaté que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. 7. Par décision du 14 mars 2011, l'OAI a informé l'assurée avoir examiné son degré d'invalidité et constaté qu'il n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente. Elle continuerait donc à bénéficier de la même rente à l'avenir. 8. Le 12 octobre 2015, l'assurée a demandé la révision de la rente d'invalidité dont elle bénéficiait, alléguant qu'à la suite d'une aggravation de ses problèmes de santé, elle ne pouvait plus assumer son activité professionnelle. Pour tout renseignement dont l'OAI aurait besoin, elle le laissait voir avec ses médecins. Dans le formulaire de révision, elle précisait que depuis avril 2015, elle souffrait de : « douleurs dorsales plus fortes - douleurs genoux - apnée du sommeil donc port du cipap la nuit - augmentation des doses MST continue ». Elle n'arrivait plus à supporter le stress professionnel en raison de ses douleurs dorsales chroniques en augmentation et de la prise de MST plus importante. Elle avait énormément de difficultés à se concentrer dans son travail et avait eu dernièrement des crises d'angoisse. Elle avait été absente au travail de manière plus fréquente depuis 2014. 9. Le 20 octobre 2015, l'OAI a imparti un délai de 30 jours à l'assurée pour lui fournir un rapport médical circonstancié démontrant une aggravation probante (diagnostics, évolution, capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, limitations fonctionnelles). 10. Le 16 novembre 2015, l'assurée a informé l'OAI avoir pris note du fait qu'elle devait lui fournir des documents médicaux justifiant une aggravation de sa maladie. Le Dr E\_\_\_\_\_, qui devait rédiger un rapport médical sur son état de santé actuel, était malheureusement tombé gravement malade et elle avait donc été contrainte de trouver un autre médecin. Elle avait obtenu un rendez-vous avec la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, le 10 novembre 2015. Cette dernière devait maintenant étudier son dossier qu'elle avait récupéré chez le Dr E\_\_\_\_\_ et elle lui avait donné rendez-vous pour un bilan le 1<sup>er</sup> décembre. Cette situation allait considérablement retarder la rédaction d'un rapport attestant de l'aggravation de son état de santé. Elle était perturbée, car elle était suivie par le Dr E\_\_\_\_\_ depuis plus de dix ans. Elle demandait en conséquence la prolongation du délai accordé pour compléter son dossier. 11. Le 17 novembre 2015, l'OAI a prolongé le délai accordé à l'assurée au 21 décembre 2015. 12. L'assurée a déposé le 3 décembre 2015 une demande de prestations à l'OAI, précisant être en incapacité de travail à 100% dès le 27 juillet 2015 en raison de dorsalgies chroniques, de douleurs dans les genoux et à la main droite et d'apnée du sommeil. À l'appui de sa demande, elle a transmis à l'OAI un rapport, établi le 15 novembre 2012, dans lequel le docteur L\_\_\_\_\_, médecine interne et pneumologie FMH, indique avoir procédé à une polygraphie respiratoire nocturne et conclu à un SAS sévère avec un index d'apnées/hypopnées à 98/h et suggère un essai avec un CPAP. Elle précisait que la Dresse K\_\_\_\_\_ devait encore établir un rapport médical complet concernant son état de santé. 13. Le 12 janvier 2016, la Dresse K\_\_\_\_\_ a demandé à l'OAI la réouverture du dossier d'invalidité de l'assurée, qu'elle suivait depuis

novembre 2015, relevant que cette dernière se plaignait actuellement, outre de dorsalgies chroniques, de fatigue et de polyarthralgies. Ces dernières étaient apparues progressivement depuis début 2015. Le Dr E\_\_\_\_\_ avait accordé à sa patiente une incapacité de travail à 100% depuis le 27 juillet 2015. Cette incapacité perdurait. Le premier bilan de l'état de santé de sa patiente la portait à ajouter les diagnostics de cervico-brachialgies droites sur lésions dégénératives du rachis cervical avec protrusions discales en C6-C7 droite et fibromyalgie. Par ailleurs, la patiente était connue pour une HTA traitée et un SAS sévère, appareillé. Dans son état de santé actuel, la reprise du travail par la patiente lui paraissait effectivement difficile.![endif]>![if> 14. Le 14 juillet 2016, le docteur M\_\_\_\_\_, médecin SMR, a considéré que le rapport médical de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 12 janvier 2016 n'apportait aucun élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de santé de l'assurée.![endif]>![if> 15. Par projet de décision du 15 juillet 2016, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la demande de prestations formée par l'assurée le 20 octobre 2015. Selon l'art. 87 al. 4 RAI, un nouvel examen ne pouvait être envisagé que si elle rendait plausible que l'état de fait s'était modifié. Or, selon les documents médicaux en sa possession ainsi que l'étude de ces pièces par le SMR, l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière notable.![endif]>![if> 16. Le 2 août 2016, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Depuis juin 2015, des douleurs beaucoup plus fortes qu'auparavant étaient apparues, cette fois-ci dans tout le corps. Elle ne pouvait plus travailler. Sa vie de tous les jours se résumait à gérer des douleurs qui la handicapaient pour beaucoup de choses. Il avait été difficile d'accepter de ne plus pouvoir travailler, mais elle ne parvenait plus à gérer le stress, ni à se concentrer pour rendre un travail acceptable. Sa maladie lui prenait toute son énergie et certains jours son moral n'était pas au beau fixe. ![endif]>![if> 17. Le 31 août 2016, la Dresse K\_\_\_\_\_ a établi un rapport, attestant suivre l'assurée depuis environ un an, que les douleurs rachidiennes de cette dernière s'étaient aggravées, raison pour laquelle son rhumatologue, le Dr E\_\_\_\_\_, l'avait mise en incapacité de travail à 100% de manière indéfinie. Puis étaient apparues des douleurs plus généralisées et des dysesthésies du MSD. La clinique et les investigations réalisées avaient permis de poser deux nouveaux diagnostics : HD C6-C7 droite et fibromyalgie. Elle pensait que l'incapacité de travail était définitive vu les diagnostics. ![endif]>![if> 18. Le 10 novembre 2016, le Dr M\_\_\_\_\_ a considéré que le rapport établi le 2 septembre 2016 par la Dresse K\_\_\_\_\_ contenait la même information que celui qui avait motivé la « valoration » du SMR. Ce dernier ne changeait donc pas d'avis et recommandait de ne pas entrer en matière sur la demande de l'assurée.![endif]>![if> 19. Par décision du 14 novembre 2016, l'OAI a décidé de ne pas entrer en matière sur la demande de prestations de l'assurée du 20 octobre 2015, car les éléments qu'elle avait produits ne permettaient pas de modifier son appréciation.![endif]>![if> 20. Le 15 décembre 2016, l'assurée a formé recours contre la décision précitée auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, relevant qu'il convenait principalement de déterminer si elle satisfaisait aux exigences de l'art. 87 al. 2 RAI. Tel était le cas dès lors que, depuis le rapport d'expertise établi par le Dr D\_\_\_\_\_ le 13 mars 2007 - qui avait servi de base à la décision de lui octroyer une rente à 50% en novembre 2007 - son état s'était malheureusement aggravé, depuis début 2015 selon la Dresse K\_\_\_\_\_, puisqu'elle présentait désormais une fatigue persistante et des polyarthralgies. Sur le plan objectivable, une protrusion discale C6-C7 droite avait été relevée radiologiquement. En outre, hormis le syndrome d'apnée du sommeil (SAS) et la haute tension artérielle (HTA), un diagnostic de fibromyalgie avait été posé. Logiquement,

son incapacité de travail était de 100%. La fibromyalgie était une affection qui présentait de nombreux points communs avec les troubles somatoformes douloureux, de sorte qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de ces derniers (ATF 132 V 65, consid. 4). En présence de tels troubles, il convenait de procéder aux démarches telles qu'elles avaient été décrites dans la jurisprudence récente développée à cet effet (ATF 141 V 281). Or, rien de tel n'avait été entrepris en l'espèce. La recourante estimait avoir rendu plausible que son état de santé s'était notablement modifié depuis 2007 et demandait à l'intimé d'instruire sa demande de révision de la rente du 12 octobre 2015, sous suite de frais et dépens. 21. Par réponse du 18 janvier 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Lors de sa demande de prestations, l'assurée avait produit de nouvelles pièces médicales. Afin de déterminer le caractère plausible de l'aggravation de santé alléguée, l'OAI avait sollicité le SMR, qui s'était prononcé par avis des 14 juillet et 10 novembre 2016. Il en ressortait principalement que l'assurée n'avait apporté aucun élément nouveau justifiant l'aggravation de son état de santé. Ainsi, c'était à juste titre que l'OAI, qui disposait d'un certain pouvoir d'appréciation, avait rendu une décision de refus d'entrée en matière sur la nouvelle demande de la recourante. 22. Le 7 février 2017, la recourante a maintenu ses conclusions, relevant que l'argumentation de l'OAI ne lui permettait pas de comprendre ce qu'elle aurait dû faire de plus pour qu'il entre en matière sur sa demande. Elle avait le sentiment que la présente procédure aurait pu être évitée si l'OAI avait tout simplement accepté d'instruire la demande de révision. 23. Le 21 février 2017, la recourante a informé la chambre de céans que l'assurance collective perte de gains en cas de maladie de l'employeur de la recourante, Helvetia compagnie suisse d'assurances SA (ci-après Helvetia) allait lui servir des prestations à la suite de la péjoration de son état de santé du 27 juillet 2015. 24. Le 22 février 2017, Helvetia a transmis à la chambre de céans copie de son dossier sur l'assurée et notamment : - une annonce de maladie à Helvetia effectuée par l'assurée le 5 janvier 2017, mentionnant une nouvelle pathologie qui serait, avec une aggravation de la pathologie préexistante de l'assurée, responsable d'une incapacité de travail à 100% ; - une demande de prestations pour incapacité de travail formée le 16 janvier 2017 par l'assurée auprès d'Helvetia, pour fibromyalgie/hernie cervicale, ayant justifié une incapacité de travail de 0% (sic) dès le 27 juillet 2015, date de la première consultation du Dr E\_\_\_\_\_, qui n'exerçait plus. Les autres médecins consultés par l'assurée étaient les Dresses K\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ; - un rapport médical intermédiaire établi le 17 janvier 2017 par la Dresse H\_\_\_\_\_ attestant qu'aucune activité professionnelle n'était exigible à l'heure actuelle de l'assurée du point de vue médical ; - un rapport médical initial établi le 30 janvier 2017 par la Dresse K\_\_\_\_\_ et adressé à l'Helvetia ; - une note au dossier du 9 février 2017 dont il ressort qu'une nouvelle ouverture du cas avait été requise le 27 juillet 2015. Au vu des différents éléments médicaux, l'auteur de la note posait la question de savoir s'il existait une ou des pathologies ouvrant un nouveau droit et, cas échéant, à quel taux. La note comprend la réponse manuscrite suivante à la question précitée : « oui, cervico-brachialgie, fibromyalgie; IT à 50% (50% AI) », mention datée du 9 février 2017 comprenant une signature illisible. 25. Le 15 mars 2017, l'OAI a indiqué que la production de nouveaux certificats médicaux n'avait pas lieu d'être, étant donné que la seule question litigieuse était de savoir s'il était légitimé, compte tenu des éléments en sa possession, à refuser d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations. Dès lors,

les pièces transmises par Helvetia ne devaient pas être prises en compte dans le cadre du présent litige. L'OAI maintenait intégralement ses précédentes conclusions. [endif]>[if> 26. Le 15 mai 2017, l'OAI a transmis à la chambre de céans copie du jugement consacrant la séparation de l'assurée de son époux (jugement du Tribunal de première instance du 2 mai 2017 autorisant les époux à vivre séparés). [endif]>[if> 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 LPGA). [endif]>[if> 3. L'objet du litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante. [endif]>[if> 4. a. Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2012, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3). [endif]>[if> La jurisprudence développée sous l'empire de l'art. 87 al. 3 et 4, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011, reste applicable à l'art. 87 al. 2 et 3 modifié dès lors que la demande de révision doit répondre aux mêmes critères. b. 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 en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b p. 114). c. Le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'autorité (cf. art. 43 al. 1 LPGA), ne s'applique pas à la procédure de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68 s.). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1 er janvier 2003) - qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer - à la procédure régie par l'art. 87 al. 3 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst.; ATF 124 II 265 consid. 4a p. 269 s.). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son

invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait à l'administration au moment où celle-ci a statué (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5 p. 68, arrêts 9C\_708/2007 du 11 septembre 2008 consid. 2.3 et I 52/03 du 16 janvier 2004 consid. 2.2 ; ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 2). Son examen se limite, ainsi, au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (ATF 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013, consid. 4.1). 5. En l'espèce, la recourante n'a pas produit de rapport médical à l'appui de sa demande de révision de sa rente d'invalidité en raison d'une aggravation de son état de santé du 12 octobre 2015. Dans le délai de 30 jours accordé par l'OAI pour en transmettre un détaillé, elle a expliqué que son rhumatologue, le Dr E\_\_\_\_\_, n'avait pu rédiger de rapport sur son état de santé, car il était lui-même tombé gravement malade. Elle avait donc pris rendez-vous le 10 novembre 2015 avec un autre médecin, la Dresse K\_\_\_\_\_, ce qui retardait la production d'un rapport médical. Dans le second délai imparti par l'OAI pour produire un rapport médical, elle a transmis à ce dernier une nouvelle demande de prestation ainsi qu'un certificat médical de son pneumologue et précisé que la Dresse K\_\_\_\_\_ devait encore établir un rapport médical complet sur son état de santé. 6. Il en résulte que bien que l'assurée n'ait pas produit de rapport médical d'un spécialiste des maladies rhumatismales dans le délai prolongé par l'OAI au 21 décembre 2012, l'on ne saurait considérer qu'elle a refusé de coopérer, puisqu'elle a tenu l'OAI informé de sa situation - à savoir le fait que son médecin traitant n'exerçait plus - et des démarches entreprises auprès de la Dresse K\_\_\_\_\_. L'OAI ne le lui a d'ailleurs pas reproché, puisqu'il a fondé sa décision sur un avis du SMR, qui prenait en compte le rapport établi le 12 janvier 2016 par la Dresse K\_\_\_\_\_. Selon le SMR, ce dernier rapport n'apportait aucun élément nouveau démontrant une aggravation de l'état de santé de l'assurée, ce qui apparaît erroné, puisqu'il faisait état d'une incapacité de travail totale, en raison de polyarthralgies - apparues progressivement depuis début 2015 et ayant conduit le Dr E\_\_\_\_\_ à estimer que sa patiente était en incapacité de travail à 100% depuis le 27 juillet 2015 - et de nouveaux diagnostics : cervico-brachialgies droites sur lésions dégénératives du rachis cervical avec protrusions discales en C6-C7 droite et fibromyalgie. Ce rapport médical rend suffisamment plausible une modification du degré d'invalidité de l'assurée, sans qu'il soit nécessaire de prendre en compte le dossier d'Helvetia. 7. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il entre en matière sur la nouvelle demande de prestations. 8. La recourante obtenant gain de cause a droit à des dépens, qui seront fixés à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPG). 9. L'intimé, qui succombe, sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :