

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4382/2010

ATAS/642/2011

**ARRET**

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

**du 20 juin 2011**

**6<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître SEITENFUS Roman

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges  
assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Mme F\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1953, originaire du Portugal, divorcée, est entrée en Suisse en mars 1988 et est au bénéfice d'une autorisation d'établissement C.
2. L'assurée a travaillé depuis le 1<sup>er</sup> février 1993 jusqu'au 30 septembre 2002 pour X\_\_\_\_\_ en tant qu'employée polyvalente à raison de 8,4 heures par jours, 5 jours par semaine.
3. L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis le 16 janvier 2002 attestée par le Dr L\_\_\_\_\_, FMH médecine interne. Elle a bénéficié des indemnités journalières de la GENERALI ASSURANCES.
4. Le 24 mai 2002, le Dr M\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 4 avril 2000, qu'elle souffrait d'un syndrome dépressif récurrent depuis septembre 1999, qu'elle avait sombré en février 2002 dans un état dépressif avec des crises hystérisiformes.
5. Le 31 mai 2002, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'un état dépressif anxieux depuis plusieurs années avec somatisation et récurrence de dépression majeure début 2002 se manifestant par une prostration, de l'insomnie, des idées suicidaires, des oppressions thoraciques angoissantes, des troubles digestifs et des céphalées. Elle était suivie par le Dr M\_\_\_\_\_. Elle présentait actuellement une symptomatologie dépressive persistante.
6. Le 19 juin 2002, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté du fait que l'assurée faisait des crises lipothymiques quand elle sortait de son périmètre de sécurité.
7. A la demande de la GENERALI ASSURANCES, le Dr U. P\_\_\_\_\_, FHM psychiatrie et psychothérapie, a rendu une expertise le 12 juillet 2002.

L'assurée avait débuté un suivi auprès du Dr L\_\_\_\_\_ en 1999 à la suite du décès de deux frères en 1998-1999. Suite à un conflit de travail début 2002 (accusation de vol), elle avait présenté, une décompensation psychiatrique. Elle se plaignait de peurs de sortir, de tomber, de troubles digestifs. Elle avait présenté en phase aiguë de sa décompensation un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F32.3) et aujourd'hui des troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2), un dysfonctionnement neuro-végétatif somatoforme (F45.3) et des phobies sociales (F40.1). Le traitement était adapté, sous réserve du "Demetrin" et l'incapacité de travail totale était justifiée; une reprise de travail à 100 % paraissait possible à moyen terme, avec une progression à la condition que l'employeur rétablisse la confiance avec l'assurée. A cet égard, l'expert a indiqué ce qui suit :

"L'incapacité de Mme F\_\_\_\_\_ est justifiée actuellement. Sa propre idée de reprendre le travail à 50 % pour aller dans la bonne direction témoigne de sa volonté et son potentiel, mais intervenait apparemment trop vite et trop peu encadrée. Une nouvelle rechute devrait à tout prix être évitée. Comme déjà expliqué, sans un acte de rétablissement de confiance de la part de l'employeur, les tentatives de reprise de travail restent compromises. Dans ce cas, un rôle cadrant-intervenant-protecteur du/des médecins semble exceptionnellement souhaitable."

8. Le 9 janvier 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.
9. Le 14 mars 2003, le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté que la situation n'avait pas évolué favorablement et l'assurée restait extrêmement fragile et anxieuse avec des idées dépressives.
10. Le 2 avril 2003, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics d'état dépressif sévère, de troubles anxieux existant depuis 1998 et mentionné une incapacité de travail totale depuis le 16 janvier 2002. Il suivait l'assurée depuis 1996.
11. Le 22 juillet 2003, le Dr M\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Il suivait l'assurée depuis le 4 avril 2000. Le tableau clinique était caractérisé par une prostration, des oppressions thoraciques angoissantes, des crises lipothymiques, des idées suicidaires et de l'insomnie. Elle était capable d'exercer son ancienne activité ou une autre adaptée à 50 % (activité légère dans une atmosphère dépourvue de conflictualité).
12. Le 9 février 2004, le Dr L\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI en indiquant un état de santé stationnaire sous réserve, depuis mars 2003, d'un syndrome de compression de sciatique poplitée (illisible).
13. Le 10 février 2004, le Dr N\_\_\_\_\_, FMH neurologie, a attesté de deux consultations en février 2004 et exclu une pathologie neurologique. Il était probable que l'état anxio-dépressif soit à l'origine de la symptomatologie.
14. Le 24 février 2004, le Dr M\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI dans lequel il a indiqué un état de santé stationnaire qui évoluait vers la chronicité, avec un pronostic sombre et une capacité de travail nulle.
15. Le 14 avril 2004, l'Office cantonal de l'emploi (OCE) a déclaré l'assurée inapte au placement suite à l'inscription de celle-ci à l'Office régional de placement (ORP) le 19 janvier 2004 en tant que demandeuse d'emploi de caissière ou nettoyeuse à 100 %. Elle n'avait pas démontré être réellement en mesure et capable de travailler.

16. Le 14 février 2006, l'assurée a subi une intervention (soit une exploration interlombaire L4-L5 gauche, herniectomy puis discectomie).
17. Dans un résumé de l'observation du 6 mars 2006, le Dr O\_\_\_\_\_, de la clinique de neurologie des Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a attesté d'une incapacité totale de travail du 13 février au 5 avril 2006.
18. A la demande de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), le Dr P\_\_\_\_\_, a rendu une expertise médicale le 16 mars 2006. Il relève qu'il avait évalué une capacité de travail à 50 % immédiatement lors de la première expertise en juillet 2002. On assistait à une psychiatrisation qui semblait tout à fait mal justifiée alors que l'état de l'assurée s'était nettement amélioré. Elle était plus dans un processus d'invalidation autoentretenu que dans une pathologie. Elle présentait une dysthymie (F34.1), et une majoration de symptômes physiques (et psychiques) pour des raisons psychologiques (et sociales) (F68.0). La capacité de travail était totale.
19. Le 14 juin 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée se plaignait toujours de douleurs, qu'une IRM avait montré des séquelles de fibrose postopératoire et qu'il convenait d'investiguer un éventuel phénomène inflammatoire persistant. L'assurée était fortement dépressive et avait avoué trois tentatives de suicide en milieu hospitalier.
20. Le 11 septembre 2006, le Dr O\_\_\_\_\_ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de hernie discale L4-L5 gauche.
21. Le 23 octobre 2006, la Dresse Q\_\_\_\_\_ du SMR a rendu un rapport suite à l'examen rhumatologique de l'assurée du 11 juillet 2006. Elle se plaignait de douleurs au rachis, au genou gauche, de fourmillements dans le bras et la jambe gauche et un manque de force. Les diagnostics suivant ont été posés :
  - Rachialgies chroniques persistantes non déficitaires dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif, status post cure de hernie discale L4-L5 avec probable fibrose cicatricielle dysbalance musculaire (M51.3).
  - Hémisyndrome sensitif gauche.
  - Status post cure de varices en 1994.
  - Status post excision d'un kyste au pouce gauche en 2005.
  - Kyste de Baker genou gauche.
  - Excès pondéral à la limite de l'obésité (BMI 30).

Il existait des modifications rachidiennes objectives mais les douleurs et troubles sensitifs dépassaient largement les territoires anatomiques correspondant à la lésion démontrée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes :

"Eviter une position statique prolongée debout, assise, en flexion-rotation du tronc et en porte-à-faux. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement. L'assurée ne peut pas travailler à la chaîne ni sur machines vibrantes et doit avoir la possibilité de changer la position à sa guise".

L'incapacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et nulle dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006, soit six mois après l'intervention pour hernie discale.

22. Le 6 novembre 2006, le Dr R\_\_\_\_\_ du SMR a indiqué que le Dr S\_\_\_\_\_ avait préconisé le 12 juillet 2002 une reprise à 50 % dès la date de l'expertise, puis totale par la suite. Le 16 mars 2006, il avait estimé que la capacité de travail était entière. Compte tenu de l'examen du 11 juillet 2006 au SMR, la capacité de travail était de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006.
23. Le 10 novembre 2006, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 4,9 % en tenant compte d'un revenu d'invalidité à 100 % dans une activité adaptée.
24. Par projet d'acceptation de rente du 21 novembre 2006, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 16 janvier 2003 au 30 novembre 2006, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.

L'incapacité de travail était totale depuis le 16 janvier 2002 et nulle dès le 1<sup>er</sup> septembre 2006, date à partir de laquelle le degré d'invalidité était de 5 %.

25. Le 30 novembre 2006, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté qu'en plus d'un trouble grave de personnalité prémorbide, l'assurée souffrait d'atteintes bio-somatiques. Le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations (F33.11).
26. Le 15 décembre 2006, le Dr T\_\_\_\_\_, FMH médecine interne, a attesté d'un suivi depuis le 28 octobre 2004 et indiqué les diagnostics suivants :
  - Trouble dépressif récurrent.
  - Trouble somatoforme douloureux.
  - Status après herniectomie puis discectomie L4-L5 gauche le 14 février 2006 pour hernie discale L4-L5 gauche, suivi d'une fibrose postopératoire entraînant une boiterie et des douleurs du membre inférieur gauche à la marche.
  - Cervicalgies chroniques sur uncarthrose C5-C6 et petites protrusions discales médianes postérieures, non compressives, en C4-C5 et C5-C6.
  - Status après lésion compressive du nerf sciatique poplité externe gauche le 31 mars 2003 avec discrète parésie séquellaire du releveur du pied gauche.

- Maladie de reflux gastro-oesophagien.
  - Colopathie fonctionnelle.
  - Hypercholestérolémie.
  - Surcharge pondérale.
27. Le 15 janvier 2007, le Dr U \_\_\_\_\_ du SMR a estimé que les diagnostics posés par les Drs M \_\_\_\_\_ et T \_\_\_\_\_ étaient connus et avaient été évalués.
28. Par décision du 10 octobre 2007, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 30 novembre 2006.
29. Le 11 juin 2010, la Dresse V \_\_\_\_\_, psychiatre à la permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand-Pré SA, a attesté d'un suivi de l'assurée depuis le 19 novembre 2009 pour un trouble dépressif récurrent et un syndrome lombo-vertébral et radiculaire.
30. Le 25 juin 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations en indiquant des troubles organiques et épuisement, des troubles dépressifs et un syndrome lombo-vertébral et radiculaire. Elle a joint le certificat de la Dresse V \_\_\_\_\_ du 11 juin 2010.
31. Le 30 juin 2010, la Dresse W \_\_\_\_\_ du SMR a rendu un avis selon lequel le diagnostic de trouble dépressif récurrent posé par le Dr V \_\_\_\_\_ n'avait pas spécifié la sévérité dudit trouble, de sorte qu'il était superposable à une dysthymie; le SMR avait déjà retenu le 6 novembre 2006 des rachialgies chroniques persistantes non déficitaires. Il n'y avait aucune aggravation démontrée, ni de nouvelle atteinte.
32. Par projet de décision du 19 juillet 2010, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations en relevant que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle.
33. Le 31 juillet 2010, l'assurée a écrit à l'OAI que son état de santé s'était aggravé et que les Drs T \_\_\_\_\_ et V \_\_\_\_\_ pouvaient le confirmer.
34. Le 4 août 2010, l'OAI a répondu à l'assurée qu'il lui appartenait d'apporter elle-même toute pièce prouvant l'aggravation de son état de santé. Un délai au 25 septembre 2010 lui était fixé pour ce faire.
35. Le 20 septembre 2010, la Dresse V \_\_\_\_\_ et le Dr A \_\_\_\_\_ ont certifié que l'assurée suivait un traitement psychothérapeutique depuis le 19 novembre 2009, suite au départ à la retraite du Dr M \_\_\_\_\_. Elle souffrait d'une dépression récurrente depuis 2000 avec une évolution fluctuante, une labilité émotionnelle et de la tristesse, malgré le traitement.

36. Le 11 octobre 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ du SMR a estimé que la Dresse V\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué la sévérité du trouble dépressif récurrent de sorte que l'avis de la Dresse W\_\_\_\_\_ du 6 juillet 2010 restait valable.
37. Par décision du 18 novembre 2010, l'OAI a confirmé son refus d'entrer en matière.
38. Le 29 décembre 2010, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2011. Préalablement, elle a requis l'ordonnance d'une expertise médicale et subsidiairement le renvoi du dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. Sa demande de prestations n'avait fait l'objet d'aucune mesure d'instruction, cela malgré les rapports des Drs T\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_.
39. Le 26 janvier 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'assurée n'avait pas rendu suffisamment plausible que son état de santé s'était aggravé au point de modifier ses droits.
40. Le 7 mars 2011, la Cour de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties au cours de laquelle la recourante a déclaré qu'elle avait été hospitalisée en octobre-novembre 2010 à la Clinique genevoise de Montana en raison d'idées suicidaires, qu'elle avait des douleurs au nerf sciatique malgré l'opération, qu'elle avait dû abandonner en octobre 2010 son emploi de nettoyeuse et que son état de santé s'était aggravé.
41. Le 18 avril 2011, la recourante a transmis les documents suivants :
- Déclaration fiscale 2009.
  - Un rapport du service de rhumatologie des HUG du 14 décembre 2010 faisant état d'une hospitalisation de l'assurée du 29 novembre au 10 décembre 2010 en raison de lombosciatalgies droites non déficitaires avec impotence fonctionnelle et d'une IRM lombaire du 3 décembre 2010 montrant une protrusion discale postéro-médiane des trois étages lombaires sans conflit radiculaire ni rétrécissement canalair significatif.
  - Un examen radiologique de la colonne lombaire du 30 novembre 2010 concluant à un rachis lombaire dégénératif avec discopathie importante L4-L5 et L5-S1, tronc de conjugaison rétréci à ce niveau et canal lombaire rétréci au niveau de L4-L5.
42. Le 13 mai 2011, la recourante a transmis :
- Un rapport du 6 décembre 2010 de la Clinique genevoise de Montana suite à un séjour de l'assurée du 28 octobre au 17 novembre 2010 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec somatisations.

- Un extrait de son compte individuel de la Caisse de compensation de la FSAV.

43. Le 26 mai 2011, l'intimé a observé que l'état de santé de la recourante s'était probablement aggravé mais que les documents rendant plausible une telle aggravation n'avaient été produits qu'en procédure de recours de sorte que le refus d'entrer en matière sur la nouvelle demande de la recourante était justifié et qu'il incombait à celle-ci de déposer une nouvelle demande de prestations.
44. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur le refus de l'intimé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 25 juin 2010. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

2. a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice du canton de l'office qui a rendu la décision.

b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 19 juillet 2010, qui a été confirmé par la décision du 18 novembre 2010, contre laquelle l'assurée a interjeté directement recours devant la Cour de céans le 29 décembre 2010.

c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

3. a) Lorsque la rente ou 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 ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 p. 68, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références). 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 (ATF 117 V 198 consid. 3a p. 198) (ATF du 22 octobre 2009 9C\_67/2009).

b) Il ne s'agit pas, dans le contexte d'une nouvelle demande, d'un renversement du fardeau de la preuve, puisqu'il suffit que l'assuré rende plausible, par exemple, l'aggravation de son état de santé. La notion de caractère plausible ne renvoie pas à celle de la vraisemblance prépondérante; les exigences de preuve sont, au contraire, sensiblement réduites. En effet, les indices d'une modification suffisent (lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas d'établir), mais doivent cependant être allégués par l'assuré afin d'éviter que l'administration soit tenue de se saisir à nouveau de demandes réitérées ayant le même objet et qui ne sont pas plus étayées (voir DAMIEN VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003 p. 394 et 396; ATF du 24 novembre 2009 9C 643/2009; ATF du 4 octobre 2005 I 454/2004).

4. En l'espèce, par décision du 10 octobre 2007, l'intimé a alloué à la recourante une rente entière d'invalidité limitée dans le temps, soit du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 30 novembre 2006 en relevant que celle-ci était en incapacité de travail totale du 16 janvier 2002 au 31 août 2006 et nulle dans une activité adaptée depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2006 de sorte que, dès cette date, son degré d'invalidité était de 5 %. Il s'est fondé pour cela sur une expertise psychiatrique du Dr P\_\_\_\_\_ du 16 mars 2006 et sur une expertise rhumatologique de la Dresse Q\_\_\_\_\_ du 23 octobre 2006.

A l'occasion de sa nouvelle demande de prestations, la recourante a transmis un avis de la Dresse V\_\_\_\_\_ des 11 juin et 20 septembre 2010 selon lesquels elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, avec une évolution fluctuante et, malgré le traitement, présentait une labilité émotionnelle et de la tristesse ainsi qu'un syndrome lombo-vertébral et radiculaire.

L'intimé a refusé d'entrer en matière sur cette nouvelle demande en considérant que la Dresse V\_\_\_\_\_ n'avait pas indiqué la sévérité du trouble dépressif récurrent, de sorte qu'il était superposable à une dysthymie, diagnostic posé par le Dr P\_\_\_\_\_ dans son expertise du 16 mars 2006.

Au vu de la jurisprudence précitée, selon laquelle il suffit, dans le cadre d'une nouvelle demande de prestations que l'assuré rende plausible l'aggravation de son état de santé, sans que cette aggravation atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante, il incombait à l'intimé, en présence des deux avis médicaux de la Dresse V\_\_\_\_\_ alléguant non pas une dysthymie mais un trouble dépressif récurrent, de requérir des précisions auprès de ce médecin-traitant au sujet de la sévérité dudit trouble. A la suite de l'instruction menée par la Cour de céans, l'intimé a d'ailleurs admis que l'état de santé de la recourante s'était probablement aggravé.

Partant, l'intimé aurait dû entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations de la recourante du 25 juin 2010. En conséquence, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour instruction de la demande du 25 juin 2010 et une nouvelle décision.

5. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

Une indemnité de 1'500 fr. sera allouée à la recourante, à charge de l'intimé.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet.
3. Annule la décision du 18 novembre 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimé, au sens des considérants.
5. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'500 fr.
7. 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

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