

## **GE\_GERICHTE ATAS/467/2013 vom 15. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_467\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_467_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/467/2013 du 15 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/467/2013 del 15 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 15**

Suite au recours interjeté par l'assurée, le TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES (TCAS), alors compétent, a confirmé la décision de l'OAI du 21 novembre 2008, considérant que l'expertise du SMR répondait aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante et que, partant, l'assurée était totalement capable de travailler tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée.

#### **E. 16**

Le 15 septembre 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente d'invalidité, en raison de maux de tête, de douleurs au dos, aux bras et aux jambes, ainsi que de troubles du sommeil et d'une hernie discale, les atteintes existant depuis le 1er octobre 2002.

#### **E. 17**

Dans un document du 19 octobre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a certifié que l'état de santé de l'assurée s'était considérablement péjoré depuis une année, cette dernière souffrant de lombosciatalgies droites accompagnées d'un syndrome radiculaire et d'une fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif sévère. Sa patiente était ainsi totalement incapable d'effectuer un travail physique.

#### **E. 18**

Dans un avis du 22 octobre 2010, la Dresse H\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a relevé qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue plausible, de sorte qu'il fallait instruire.

#### **E. 19**

Par courrier du 25 novembre 2010, le Dr I\_\_\_\_\_, médecin-chef au sein de la Clinique genevoise de Montana, a transmis à l'OAI la lettre de sortie, daté du 30

A/3496/2012 - 5/18 - avril 2010, établie suite au séjour de l'assurée dans l'institution précitée du 30 mars au 12 avril 2010. Selon la lettre de sortie précitée, le diagnostic principal était celui de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, avec somatisation (F33.11), les comorbidités étant les suivantes : hernie discale L4-L5 (M51.2), trouble somatoforme douloureux (F45.3), céphalées de tension (G44.2), hernie hiatale (K44.9) et tabagisme chronique (50 UPA) (F17.1). L'assurée avait été adressée à la Clinique pour soutien psychologique et éloignement des facteurs de stress.

#### **E. 20**

Dans un rapport non daté mais reçu par l'OAI le 30 novembre 2010, le Dr E\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de fibromyalgie, lombalgies chroniques communes et d'état dépressif, existant depuis 2005. A titre de

diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il retenait des migraines. Sa patiente se plaignait en effet de douleurs diffuses et de céphalées. Il avait également constaté 11 points de fibromyalgie ainsi qu'un état dépressif. Le pronostic était très réservé. L'assurée était totalement incapable de travailler depuis le 1er janvier 2005. S'agissant des restrictions relatives à l'activité habituelle, elles consistaient en de l'anxiété, de la tristesse, des insomnies, des douleurs lombaires et dorsales et elles se manifestaient par crises douloureuses. L'activité habituelle n'était plus du tout exigible et le rendement était réduit en raison de l'état dépressif et algique.

## E. 21

Dans un rapport du 10 janvier 2011, la Dresse J \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, Consultation de la Jonction, Service de psychiatrie adulte, HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) a posé les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode léger avec somatisation (F33.11) depuis 2003, d'hernie discale L4-L5 depuis 2002 ainsi que de trouble somatoforme douloureux et de céphalées de tension (F45.4) depuis 2008. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin retenait une hernie hiatale depuis 2009. Dans les antécédents personnels, la Dresse J \_\_\_\_\_ relevait le fait que les parents de l'assurée, sa grand-mère et l'une de ses sœurs souffraient de troubles psychiques ou d'un état dépressif. Les observations faites les deux années précédant le rapport permettaient de retenir une évolution plutôt chronique de l'état dépressif, avec deux épisodes plus sévères pendant l'automne 2009 et le printemps 2010. La Dresse J \_\_\_\_\_ considérait également que malgré la persistance de la symptomatologie dysthymique, le manque de soutien familial et d'un réseau social stimulant, le pronostic pouvait s'améliorer si l'assurée était aidée à reprendre confiance dans ses capacités. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle depuis le mois de février 2009, les restrictions étant les suivantes : état de tristesse chronique, hypersensibilité émotionnelle associée à une perte de l'élan vital, de la motivation et d'initiative. La fatigabilité chronique et les difficultés de concentration A/3496/2012 - 6/18 - contribuaient à la perte de confiance, au découragement général et participaient au bilan négatif et culpabilisant de la vie de l'assurée. Le rendement était ainsi réduit en raison des capacités de concentration et de l'attention encore bien diminuées. Cependant, la stabilisation de l'humeur, la diminution de l'anxiété, la reprise progressive de certaines responsabilités sociales pouvaient amener l'assurée à retrouver le désir d'affirmation, la confiance en elle et un fonctionnement plus extraverti. En annexe au rapport de la Dresse J \_\_\_\_\_ figurait notamment, outre la lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 30 avril 2010 ainsi que le rapport d'oeso-gastro-duodénoscopie pratiqué le 29 avril 2009 par le Dr K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gastroentérologie et hépatologie, un résumé de séjour établi par le CENTRE DE THERAPIES BREVES (ci-après : CTB), du Secteur de la Jonction, Département de psychiatrie, HUG, du 10 février 2009. Selon ce rapport, l'assurée a passé une journée au CTB en date du 29 janvier 2009. Le diagnostic principal alors posé était celui d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.0), les autres diagnostics étant ceux de céphalées et douleurs dorsales sur hernie discale. Au terme de l'évaluation, le Dr L \_\_\_\_\_, médecin chef de clinique, a indiqué à l'assurée et à son mari que son état était compatible avec un état dépressif persistant. Cela étant, au vu de l'absence de traitement spécifique proprement dit, à l'exception d'un unique antidépresseur à dose minimale, le Dr L \_\_\_\_\_ concluait qu'une éventuelle demande AI ne serait pas recevable. En l'absence d'un psychiatre parlant

turc à Genève, un suivi institutionnel était instauré, auprès de la Dresse J\_\_\_\_\_.

#### **E. 22**

Le 17 janvier 2011, le Dr M\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dysphagie totale avec syndrome de reflux gastro-oesphagien, de gastrite à *helicobacter pylori*, d'hernie hiatale compliquée d'une oesophagite peptique de stade II, atteintes existant depuis le 13 septembre 2007. Ce praticien n'avait cependant retenu aucune incapacité de travail.

#### **E. 23**

Dans un avis du 14 mars 2011, le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du SMR, a commenté les documents médicaux transmis dans le cadre de la nouvelle demande, relevant notamment que l'hernie hiatale ainsi que les diagnostics posés par le Dr M\_\_\_\_\_ ne pouvaient justifier une incapacité de travail, étant « traitables » par un traitement adéquat. Il en allait de même du trouble dépressif récurrent, épisode léger avec somatisation, qui ne constituait pas, selon la CIM-10, une cause d'incapacité de travail. Quant au diagnostic retenu par le CTB dans sa lettre de sortie du 10 février 2009, il était accompagné de la constatation que l'assurée n'était pas traitée correctement. De plus, depuis cette date, l'état thymique s'était amélioré, passant d'un épisode dépressif moyen à un épisode dépressif léger. Partant, il n'y avait pas de fait nouveau pouvant justifier une incapacité de travail.

A/3496/2012 - 7/18 -

#### **E. 24**

Compte tenu des constatations du SMR, l'OAI a adressé à l'assurée, en date du 1er avril 2011, un projet de décision refusant les mesures professionnelles et la rente d'invalidité, considérant que s'il y avait certes eu aggravation, celle-ci n'entraînait pas une diminution de la capacité de travail.

#### **E. 25**

Par courrier non daté reçu par l'OAI le 27 avril 2011, l'assurée a transmis à ce dernier office les conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ et les résultats des nouveaux examens qu'il a fait pratiquer, examens confirmant selon elle son incapacité de travailler. En annexe à ce courrier figuraient les pièces suivantes : – le rapport établi suite à la tomodensitométrie axiale computerisée du rachis lombaire et sacré du 18 avril 2011, selon lequel les atteintes suivantes avaient été mises en évidence : protrusion discale circonférentielle L4-L5, sans image de hernie, hernie discale sous- ligamentaire L5-S1 de localisation médiane et paramédiane droite, en contact modéré avec la racine S1 droite et arthrose interapophysaire postérieure étagée mais ne provoquant pas de rétrécissement ni canalaire ni foraminaire ; – le certificat du Dr E\_\_\_\_\_ du 19 avril 2011, dans lequel ce médecin indiquait trouver à l'examen un syndrome vertébral lombaire très important, caractérisé par une contracture para-vertébrale des deux côtés (DDC) accompagné d'un DDS d'environ 40 cm ; le Dr E\_\_\_\_\_ avait également constaté un syndrome radiculaire touchant le territoire de S1 avec une hypoesthésie accompagnée d'une diminution de force musculaire, raison pour laquelle il avait immédiatement effectué l'IRM qui avait montré une hernie discale sous-ligamentaire L5-S1 ; le Dr E\_\_\_\_\_ était également d'avis que sa patiente était devenue très dépressive et souffrait d'une insomnie importante accompagnée de fatigue et d'anxiété extrêmes ; il considérait en outre qu'elle était totalement inapte à effectuer un travail physique et que son cas devait être réévalué par l'OAI ; enfin, le Dr E\_\_\_\_\_

précisait que le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, suivait l'assurée s'agissant de son état dépressif.

#### **E. 26**

Le 25 mai 2011, l'assurée a été examinée par les Dr P\_\_\_\_\_, médecin interne, et Q\_\_\_\_\_, chef de clinique, au sein du Service de neurochirurgie des HUG. Selon le rapport relatif à cette consultation, daté du même jour, le diagnostic différentiel était celui de fibromyalgie et de polymyalgie rhumatique. Comte tenu des constatations clinico-radiologiques, il était important de compléter le diagnostic avec une imagerie par résonance magnétique (IRM) actuelle, demandée au service de radiologie des HUG pour le 3 juin 2011. Les médecins précités considéraient

A/3496/2012 - 8/18 - également qu'il fallait exclure une polymyalgie rhumatique pour les douleurs diffuses décrites par l'assurée.

#### **E. 27**

Dans un avis du 30 mai 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a considéré, au vu des pièces médicales annexées au courrier de l'assurée, que des faits nouveaux, rhumatologique et psychiatrique justifiaient la reprise de l'instruction.

#### **E. 28**

L'IRM réalisé le 3 juin 2011 à la demande du Dr P\_\_\_\_\_ a permis de constater que les racines conjointes de L5 et S1 à gauche sortaient par leur foramen habituel mais que la racine S1 gauche se situait latéralement au niveau de la partie interne du foramen L5-S1, entre le disque et le massif articulaire, avec un possible conflit.

#### **E. 29**

Par rapport intermédiaire du 27 juin 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a précisé que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, avec l'apparition d'un syndrome radiculaire à droite. Les douleurs lombaires avaient augmenté avec une irradiation dans la jambe droite. A cela s'ajoutait un état dépressif sévère (+++). La capacité de travail était toujours nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. En annexe à ce rapport figurait le rapport de tomodensitométrie axiale du 18 avril 2011, déjà produit.

#### **E. 30**

Quant au Dr O\_\_\_\_\_, il s'est prononcé dans un rapport du 7 septembre 2011, dans lequel il a posé les diagnostics suivants, avec effet sur la capacité de travail : trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F33.01) et troubles somatiques divers. Pour ce praticien, le trouble relevé constituait en réalité une symptomatologie réactionnelle aux troubles somatiques, les symptômes constatés étant notamment les suivants : anxiété, trouble du sommeil et découragement. Le pronostic était incertain, voire défavorable. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2002, les restrictions étant liées aux troubles somatiques divers. Du point de vue uniquement psychiatrique, l'activité habituelle était exigible à 100%, sans diminution de rendement.

#### **E. 31**

Par avis du 14 septembre 2011, la Dresse H\_\_\_\_\_ a préconisé la réalisation d'une expertise auprès de la Dresse R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation ainsi qu'en rhumatologie.

## E. 32

Dans le cadre de son expertise, la Dresse R\_\_\_\_\_ a procédé à des examens complémentaires et sollicité des pièces supplémentaires soit : – une interprétation de l'IRM lombaire du 3 juin 2011, datée du 8 décembre 2011, selon laquelle les données de l'IRM parlaient en faveur de discopathies L4-L5 et L5-S1 visibles essentiellement sous forme d'une dessiccation discale avec une minime composante protrusive en L5-S1 ; l'absence de conflit disco-radicaire était mis en évidence ; enfin, aucun argument en faveur d'un neurinome n'était relevé ;

A/3496/2012 - 9/18 - – des radiographies de la colonne lombo-sacrée de face et profil et de la main droite de face, datées du 6 décembre 2011 qui n'avaient mis en évidence aucune altération de la structure osseuse ; une minime composante de polyarthrose IPD visible sous forme d'un aspect effilé des berges articulaires et de micro-calcifications capsulaires ainsi qu'une ébauche de rizarthrose étaient également constatées ; enfin, il n'y avait pas de calcification ligamentaire ou cartilagineuse ; – deux rapports du Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, datés des 27 octobre 2008 et 1er juillet 2010 et adressés au Dr E\_\_\_\_\_, selon lesquels la présence de 17, respectivement de 11 points de fibromyalgie sur 18 avait été relevée ; cela étant, avant de conclure à un tel diagnostic, le Dr S\_\_\_\_\_ préférait avoir un bilan sanguin pour s'assurer de l'absence d'autres pathologies pouvant provoquer des douleurs ostéo-articulaires assez diffuses ; – le relevé des médicaments acquis, en 2011, auprès de la pharmacie Amavita, sise au boulevard Carl VOGT. Dans son rapport d'expertise du 19 décembre 2011, la Dresse R\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : déconditionnement global et profond ; lombosciatalgie anamnétique S1 à droite ; douleurs à l'émergence de la racine L5 à gauche ; trouble dégénératif du rachis lombaire : - en L5-S1, dessiccation discale et du bord discal discret en paramédian D, sans mise en évidence d'une hernie discale ou d'un rétrécissement foraminal des deux côtés, - en L4-L5 : une discrète rupture annulaire médiane associée à un débord discal global légèrement plus marqué à gauche, - enfin, un trouble dégénératif modéré des articulaires postérieurs en L4-L5 et L5-S1. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse R\_\_\_\_\_ relevait un probable trouble somatoforme douloureux, une suspicion de syndrome du tunnel carpien à droite, des céphalées de tension, une hernie hiatale ainsi qu'une probable rizarthrose à droite. A l'examen clinique, la Dresse R\_\_\_\_\_ n'a notamment constaté aucun point de fibromyalgie (testés à l'insu de l'assurée) mais elle a noté une détonification globale, un déconditionnement profond de toute la musculature qu'elle soit des quatre membres, des muscles sustentateurs du rachis ou de la musculature abdominale. A la demande de la Dresse R\_\_\_\_\_, l'assurée a classé par ordre d'importance décroissante les plaintes entraînant, à son avis, des limitations fonctionnelles dans son activité habituelle. Les plaintes évoquées par l'assurée ont été examinées de la manière suivante par l'experte :

A/3496/2012 - 10/18 - 1) Les lombalgies et les douleurs du membre inférieur droit : les douleurs étaient exacerbées par la position assise et soulagées par la marche. Elles étaient également exacerbées par l'extension du rachis et nettement moins par la flexion. L'intensité n'était pas en cohérence avec les données de l'observation directe. L'assurée n'avait pas de comportement visant à l'exagération ni sur le plan de la gestuelle spontanée ni lors de l'examen clinique. Ce dernier avait d'ailleurs révélé une raideur dorsale avec un Schober diminué, une raideur cervicale avec une distance menton-sternum de 1-15 cm, une raideur lombaire avec un Schober de 10-13 cm, une discrète diminution du réflexe achilléen

droit et un déconditionnement musculaire profond. L'extension du rachis était particulièrement douloureuse mais l'examen de la musculature paravertébrale ne montrait pas de contracture localisée. Aucune contracture n'était constatée dans les fesses. Dans ce contexte, l'experte notait cependant qu'il n'était pas inhabituel chez les patients souffrant d'un déconditionnement musculaire profond de ne pas retrouver de contracture musculaire. L'examen avait en outre démontré une émergence de la racine L5 douloureuse à gauche mais les émergences de L5 et S1 à droite étaient indolores. Le Lasègue était considéré comme négatif. La Dresse R\_\_\_\_\_ avait également constaté que la palpation vertébrale n'avait pas provoqué de douleurs chez l'assurée et que l'exacerbation in extenso des lombaires évoquait plutôt une origine articulaire postérieure. Les épisodes de lumbago étayaient d'ailleurs cette hypothèse. S'agissant du syndrome radiculaire S1 à droite, il avait sans doute existé mais au jour de l'expertise, la Dresse R\_\_\_\_\_ ne relevait plus qu'une certaine raideur cervico-dorso-lombaire, sans signe de décompensation algique. Quant à l'examen neurologique, il était normal, hormis une diminution de l'Achilléen droit. Aucune radiculalgie n'avait été objectivée et l'absence d'impulsivité à la toux allait dans le sens de douleurs qui n'étaient pas d'origine discale. Aucune incapacité de travail n'était retenue dans l'activité habituelle ainsi que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : éviter le port de charges dépassant les 5 à 8 kg, éviter les montées et descentes d'escaliers, éviter le soulèvement de port de charges depuis le sol ainsi que les mouvements répétitifs en antéflexion-extension du tronc ; la position assise pouvait être maintenue pendant deux heures d'affilée avec possibilité de se lever pour se délasser ; l'assurée pouvait marcher une à deux heures. Pour prévenir la récurrence de lombalgies, le poste de travail devait être adapté, en proposant une assise penchée vers l'avant, de manière à soulager les lombaires et les cervicales. Le médecin traitant devait, en outre, prescrire des séances de physiothérapie de reconditionnement musculaire.

A/3496/2012 - 11/18 - Enfin, l'effet de médicaments antalgiques, à savoir du Dafalgan et du Méfanécide, ne semblait pas être concluant sur les lombosciatalgies. Par ailleurs, dans la mesure où la pharmacie Amavita ne mentionnait qu'un achat de 100 comprimés de Dafalgan le 24 février 2011, de 10 comprimés de Lodine le 7 juin 2010 et de Méfénacide à peu près à la même date, l'experte en concluait que la consommation d'antalgiques était mineure. 2) les cervicalgies : selon l'assurée, les cervicalgies étaient moins fréquentes et moins intenses que les lombalgies. Elle ne ressentait pas d'irradiation dans les membres supérieurs mais rapportait des céphalées à point de départ cervical. A l'examen, l'experte n'a pas mis en évidence de syndrome vertébral mais tout au plus quelques contractures dans le trapèze droit et sur l'angulaire de l'omoplate du même côté. Cela correspondait à des cervicalgies de tension. La Dresse R\_\_\_\_\_ ne relevait cependant pas de limitation fonctionnelle en rapport avec ces cervicalgies. 3) les douleurs diffuses corporelles, y compris les céphalées : selon l'assurée, les douleurs diffuses étaient migrantes. Cela étant, ces douleurs étaient d'intensité moindre, sans facteur déclenchant, les articulations touchées ne présentant pas de symptôme inflammatoire. Aucun point de fibromyalgie n'avait été relevé. L'experte en déduisait donc que le traitement actuel, de Trittico, de Remeron et de Venlafaxiném était efficace sur les douleurs diffuses. En conclusion, l'experte considérait que bien qu'il existât des troubles dégénératifs avérés, une possible concordance radio-clinique entre les troubles dégénératifs L4- L5 et L5-S1 et les irradiations plutôt diffuses dans le membre inférieur droit, il n'existait, pour l'heure, aucun signe de décompensation algique. Ainsi, le déconditionnement musculaire profond, les douleurs exprimées en extension et la raideur globale du rachis n'entraînaient aucune limitation

fonctionnelle dans la profession occupée jusqu'en 2001 ainsi que dans toute autre profession respectant les limitations fonctionnelles.

**E. 33**

Par avis du 3 janvier 2012, la Dresse H\_\_\_\_\_ a considéré, au vu des conclusions de l'expertise, qu'il n'y avait pas d'aggravation depuis l'examen du SMR du 28 février 2008.

**E. 34**

Fort de ce qui précède, l'OAI a confirmé les termes de son projet, par décision du 12 octobre 2012, rejetant ainsi la demande de prestations de l'assurée faute d'aggravation de son état de santé.

**E. 35**

Par courrier du 8 novembre 2012, l'assurée a demandé à l'OAI de bien vouloir réexaminer son dossier, relevant qu'elle était en traitement auprès d'un

A/3496/2012 - 12/18 - psychologue depuis deux ans et auprès de son médecin traitant toutes les deux semaines. Elle relevait également que si son état de santé s'était amélioré, elle aurait retrouvé du travail ce qui était malheureusement impossible au vu de ses troubles.

**E. 36**

Le 9 novembre 2012, l'OAI a rappelé à l'assurée qu'une décision avait été rendue le 12 octobre 2012 et qu'elle pouvait former recours auprès de la Cour de céans dans un délai de 30 jours.

**E. 37**

Le 14 novembre 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a adressé à la Cour de céans une nouvelle version de son courrier du 8 novembre 2012, expliquant en outre, qu'elle n'avait jamais essayé de « blouser » ou de tromper l'OAI.

**E. 38**

Par écriture du 26 novembre 2012, l'OAI (ci-après : l'intimé) a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée, le rapport d'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ disposant d'une pleine valeur probante. Il relève, en outre, qu'aucun argument ni aucune pièce médicale ne permettant de faire une appréciation différente du cas ne lui a été transmis.

**E. 39**

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et

appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans

A/3496/2012 - 13/18 - le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit aux prestations. 5. a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). b) Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu d'effectuer le même examen quant au fond (ATF 130 V 64 consid. 2 et les arrêts cités).

A/3496/2012 - 14/18 - Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5) (ATF non publié 9C 1012/2008 du 30 juin 2009). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas

de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, et éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

A/3496/2012 - 15/18 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b) En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont

A/3496/2012 - 16/18 - convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d). 8. En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé de la recourante s'est péjoré depuis la décision initiale de suppression de la rente du 21 novembre 2008 de sorte à entraîner une invalidité au sens des assurances sociales. Concrètement, il y a lieu d'examiner si la recourante présente désormais une incapacité de travail. a) Concernant l'état psychique de la recourante, le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans répercussion sur la capacité de travail. Le caractère léger du trouble dépressif a été confirmé, auparavant, à plusieurs reprises (lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana du 30 avril 2010, rapport du 10 janvier 2011 de la Dresse J\_\_\_\_\_). Par ailleurs, les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_ (état dépressif sévère) ne peuvent être prises en considération, ce médecin n'étant pas spécialisé en psychiatrie. En outre, l'appréciation du Drs L\_\_\_\_\_ (état dépressif d'intensité moyenne) date de 2009 et elle est par conséquent antérieure à la lettre de sortie de la Clinique de Montana et au rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, ce qui démontre qu'il y a eu amélioration de l'état psychique de la recourante. Partant, dans la mesure où un trouble dépressif léger n'est pas susceptible de constituer une invalidité, ce qui est d'ailleurs confirmé par le Dr O\_\_\_\_\_, psychiatre-traitant (qui fait état d'une pleine capacité de travail), il y a lieu de considérer que la recourante est totalement capable de travailler sur le plan psychique, et cela même si elle est suivie par un psychiatre. b) Reste à examiner la capacité de travail de la recourante du point de vue somatique. Dans ce contexte, il y a lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise de la Dresse R\_\_\_\_\_ du 19 décembre 2011. Cette expertise se fonde sur une

anamnèse complète et détaillée, les plaintes de la recourante ont été relatées, la Dresse R\_\_\_\_\_ a procédé à un examen clinique et ses conclusions sont claires et bien motivées. Elle explique ainsi de manière convaincante les motifs pour lesquels une pleine capacité de travail peut être exigée de la recourante pour autant qu'un certain nombre de limitations fonctionnelles soient prises en considération. L'experte précise en outre les adaptations devant être effectuées pour éviter une récurrence des lombalgies.

A/3496/2012 - 17/18 - Pour sa part, la recourante n'a pas contesté l'appréciation de la Dresse R\_\_\_\_\_ et n'a encore moins fourni des pièces médicales permettant de la remettre en question. Dans ce contexte, il sied de rappeler que les appréciations du Dr E\_\_\_\_\_, qui sont au demeurant antérieures à l'expertise précitée, ne sauraient disposer d'une pleine valeur probante, dans la mesure où elles ne répondent pas aux réquisits jurisprudentiels en la matière. De plus, dès lors qu'elles émanent du médecin traitant de la recourante, elles doivent être prises avec circonspection. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter des conclusions de la Dresse R\_\_\_\_\_ de sorte qu'il convient de retenir que la recourante est capable de travailler à 100% tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée, pour autant que certaines limitations fonctionnelles soient prises en considération. Ainsi, même s'il y a eu aggravation de l'état de santé de la recourante, avec l'apparition d'atteintes supplémentaires, cela n'a eu aucune répercussion sur la capacité de travail. Partant, l'intimée était fondée à rejeter la demande de prestations de la recourante. 9. Mal fondé, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3496/2012 - 18/18 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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