

## **GE\_GERICHTE ATAS/50/2022 vom 26. Januar 2022**

GE Cour de justice, 2022-01-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_50\\_2022](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_50_2022)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/50/2022 du 26 janvier 2022

IT: GE\_GERICHTE ATAS/50/2022 del 26 gennaio 2022

### **Erwägungen**

#### **E. 31**

novembre 2014, les conditions de l'art. 28 LAI n'étaient pas réalisées pour l'octroi d'une rente d'invalidité, car la perte de gain s'élevait à 31%. Des mesures professionnelles ne seraient ni simples ni adéquates et ne permettraient pas de réduire le dommage. k. Le 15 avril 2019, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire, en particulier en tant qu'elle retenait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée. l. Par décision du 5 juin 2019, l'OAI a confirmé son projet de décision. D. a. Par recours du 8 juillet 2019, l'assurée a contesté la décision de l'intimé concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité avec un degré d'invalidité de 100% à compter du 1er mars 2006, et avec suite de frais et dépens. b. Par réponse du 13 septembre 2019, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant à la décision querellée. c. Le 25 juin 2020 (ATAS/502/2020), la chambre de céans a ordonné une expertise bidisciplinaire qu'elle a confiée au docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, et au docteur O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, considérant que l'expertise du CEMEDEX du 14 août 2018 ne pouvait se voir reconnaître pleine force probante. d. Dans son rapport du 23 juin 2021, le Dr O\_\_\_\_\_ a indiqué que son expertise se fondait sur deux entretiens avec l'expertisée, un entretien téléphonique avec le Dr I\_\_\_\_\_, un bilan neuropsychologique et l'étude du dossier. Le rapport contient une anamnèse personnelle et professionnelle ainsi que la description d'une journée type et de la vie quotidienne de la recourante. L'expert a procédé à un status psychiatrique. S'agissant des diagnostics, il a posé, selon la DSM-5, ceux de trouble dépressif persistant (dysthymie - 300.4), trouble à symptomatologie somatique (300.82) et troubles de l'usage des opiacés, en rémission prolongée (305.50). L'expert a répondu à toutes les questions posées par la chambre des assurances sociales, en particulier à celles relatives aux indicateurs développés par le Tribunal fédéral pour déterminer si une activité professionnelle est exigible en cas d'atteinte psychiatrique. Il a estimé que la recourante était capable de travailler à 50% dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, sans tenir compte des interactions avec les limitations rhumatologiques. On pouvait

A/2572/2019 - 8/16 - raisonnablement faire remonter l'incapacité de travail durable à fin 2006, sans amélioration depuis lors. Une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible dès décembre 2016, avec une baisse de rendement de 20% qui était incluse dans la capacité de travail réduite. Les limitations étaient liées à la dépression (apathie, découragement, manque d'efforts et d'initiatives) et aux préoccupations somatiques (préoccupations liées aux douleurs). Une activité adaptée devait être simple du point de vue intellectuel et plutôt répétitive, vu le manque d'initiative. Les tentatives de réadaptation professionnelle dans des activités possiblement adaptées avaient échoué en raison des douleurs. e. Dans son rapport du 28 juin 2021, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué avoir fondé son

expertise sur le dossier, une anamnèse (via Skype), des auto-questionnaires psychométriques et deux examens physiques. Il a résumé le dossier en faisant ses commentaires sur les différents rapports. Dans un résumé somatique, il a indiqué qu'il s'agissait d'une patiente de 47 ans, ayant arrêté toute activité professionnelle pour raisons de santé à l'âge de 32 ans, le 1er mars 2006, sur un fond de difficultés musculo-squelettiques initialement asymptomatiques et révélées à l'âge de 18 ans, le 24 décembre 1992, sous la forme d'un blocage lombaire aigu, inaugural à l'occasion d'un épisode de violence familiale, secondaire à l'alcoolisme chronique de son père. Le premier contact avec le monde médical avait été motivé dans la petite enfance par une hernie inguinale réduite chirurgicalement et suggestive du problème de base. Dès 1993, les observations médicales mettaient en évidence des éléments en faveur d'une pathologie héréditaire du tissu conjonctif, sous la forme d'un syndrome d'hypermobilité articulaire ou éventuellement, selon l'ancienne définition, d'un syndrome d'Ehlers-Danlos de type hypermobile. Les examens paracliniques radiologiques montrant des lésions rachidiennes dégénératives précoces étaient à mettre en relation avec cette atteinte organique. Ce diagnostic reposait sur l'anamnèse et sur l'examen clinique. Cette pathologie expliquait le développement progressif et la complexification bio-psychosociale de la situation. Sur un fond de situation familiale difficile tant dans son enfance, son adolescence que dans sa vie d'adulte, l'assurée s'était progressivement épuisée, sur les plans d'abord physique, puis psychologique, ce qui avait débouché sur un syndrome complexe d'atteinte psychosomatique invalidante, pour laquelle elle n'avait jamais eu de traitement adéquat. Une intervention chirurgicale, effectuée apparemment en dernier recours et avec des réserves importantes de la part du chirurgien s'était avérée impuissante à modifier le cours douloureux de son atteinte à la santé. En l'absence d'un diagnostic et d'une prise en charge adéquate, malgré deux expertises pluridisciplinaires, l'assurée avait été l'objet d'un parcours médical chaotique, caractérisé par une multitude d'examens divers, de nombreux traitements de médecine physique, stationnaire et ambulatoire, des approches interventionnelles discales et articulaires vertébrales, une intervention chirurgicale inefficace, sur un fond de conflit majeur avec les assurances sociales, qui refusaient opiniâtrement de reconnaître la réalité de sa pathologie. Ce parcours assécurologique s'était révélé particulièrement lourd avec des allers-retours entre l'OAI et la chambre des assurances sociales ainsi que le

A/2572/2019 - 9/16 - Tribunal fédéral, à propos d'éléments tant médicaux que non médicaux. En parallèle, l'assurée avait développé une dépendance aux opiacés, une obésité grave résistante à deux sessions de ballon intragastrique, une période de tabagisme et d'alcoolisme, une ronchopathie importante avec un probable syndrome d'apnée du sommeil déterminant un sommeil non réparateur pour finalement basculer vers un épuisement physique et psychique, qui avait déjà préalablement justifié la mise en route d'un traitement psychiatrique dès 1993. Une telle constellation bio-psychosociale et juridique représentait un modèle expérimental de chronicisation. Aujourd'hui, tous les spécialistes et les différents médecins traitants qui avaient pris en charge l'assurée lui reconnaissaient une incapacité de travail totale dans tous les domaines. Il n'y avait aucun élément en faveur d'une incohérence entre les plaintes, l'examen clinique, les tests psychométriques et les constatations radiologiques : cet ensemble expliquait les limitations fonctionnelles physiques et psychologiques de la patiente, dont on ne pouvait actuellement exiger le moindre effort en faveur de la reprise d'une activité professionnelle, ceci d'autant plus qu'elle approchait de la cinquantaine, soit une période charnière entraînant des

modifications physiques et psychologiques dans le cadre d'une ménopause débutante. Ces modifications représentaient une limitation parmi d'autres à ses capacités d'adaptation. En résumé, le traitement devait être pris à zéro et effectué dans un contexte multidisciplinaire, obligeant le recours à un centre universitaire disposant des ressources permettant une prise en charge au très long cours, progressive, complexe, prenant en compte les facettes psychologiques, physiques et socioprofessionnelles du problème. L'expert a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de troubles du spectre de l'hypermobilité (LD28.Y) ; douleurs musculosquelettiques depuis 1992, chroniques, secondaires à des modifications structurelles et fonctionnelles héréditaires (MG.30.31) ; douleurs chroniques post-chirurgicales depuis 2014 et dysfonctionnement rachidien secondaire (MG30.2) ; sensibilisation de la douleur (MG30.50) ; troubles statiques dégénératifs rachidiens (FA8Y et FA8Z) ; obésité sévère (5B81-XS6) et syndrome de déconditionnement global (physique et psychique), résultat des interactions réciproques entre les diagnostics précités. Le trouble du spectre de l'hypermobilité était congénital et était donc présent depuis le 7 octobre 1974. Chez l'assurée il s'était révélé lors du blocage inaugural en décembre 1992, puis il s'était progressivement aggravé sous l'effet d'un travail lourd et contre-indiqué, soit des circonstances qui permettaient de parler de conditions de travail au-delà des forces exigibles. Cette situation avait été tolérée un certain temps sous traitement de Tramal, qui avait malheureusement abouti à une dépendance, dont la patiente n'avait pu se défaire que partiellement, puisqu'elle avait été remplacée par l'utilisation accrue d'opiacés. Ce traitement et ses effets secondaires ne permettaient pas d'admettre que son travail de l'époque était adapté. Les douleurs musculo-squelettiques et les troubles statiques dégénératifs rachidiens étaient contemporains de l'émergence du tableau de troubles du spectre de l'hypermobilité et avaient évolué en parallèle de celui-ci. La date d'émergence du syndrome de

A/2572/2019 - 10/16 - sensibilisation centrale était difficile à déterminer, vu l'absence irréparable d'une exploration du problème à l'époque où l'assurée avait arrêté de travailler (le 1er mars 2006). Il était toutefois certain que cette atteinte s'était développée progressivement avant 2006 et qu'elle s'était aggravée dès l'intervention chirurgicale de 2014. La prise pondérale représentait un bon témoin du déconditionnement physique, qui s'était manifesté au moment des deux grossesses (2002 et aux plus tard 2005) et qui avait par la suite conduit au syndrome de déconditionnement et, parallèlement, à la sensibilisation. Les douleurs chroniques post-chirurgicales remontaient au 26 mai 2014, alors qu'après une brève période de quelques semaines d'amélioration sous l'effet des médicaments, l'assurée avait signalé une aggravation des lombalgies précédentes et l'apparition de douleurs de type neuropathique irradiant dans les membres inférieurs. Les douleurs avaient été causées par l'opération ou à tout le moins été aggravée par celle-ci. Des douleurs épidémiologiques parlaient d'ailleurs en faveur de séquelles systématiquement neuropathiques accompagnant ce type d'échec chirurgical. Les plaintes étaient totalement objectivées aussi bien par l'histoire antérieure, l'anamnèse actuelle que par l'examen clinique, les données radiologiques et les éléments psychométriques. Les diagnostics étaient graves, soit invalidants au sens médical du terme. Ils avaient limité les fonctions nécessaires à la gestion du quotidien depuis 2006 entre 70% et 100% et très probablement déjà avant. Il en allait de même du domaine professionnel. Les limitations du niveau d'activité étaient uniformes dans tous les domaines. Le niveau d'activité sociale était proche de zéro, la patiente étant totalement dépendante de son mari. Sa situation correspondait de facto à un état de curatelle. En l'absence d'un diagnostic correct, l'assurée n'avait jamais bénéficié

d'un traitement adéquat. Elle avait été d'une compliance sans faille avec les traitements qui lui avaient été proposés. Le problème était global, chaque diagnostic, à travers les limitations gestuelles douloureuses, initialement musculosquelettiques, devenues par la suite diffuses dans le contexte des troubles de la neuro-modulation des influx douloureux, conduisait aux mêmes conséquences fonctionnelles, à savoir une limitation de la mobilité active et passive, entraînant une baisse des activités possibles. Il n'existait pas d'activité adaptée à l'état de l'assurée dans une économie de marché. Seule une activité dans un atelier protégé serait imaginable, avec quelques restrictions en termes de régularité de fréquentation, ce qui pourrait l'aider à rentrer dans une démarche de réhabilitation, à la condition expresse de la mise en route d'un programme adéquat multidisciplinaire de longue durée et avant tout un essai de modification de la routine quotidienne. La capacité de travail était de 0 à 25% dans l'activité exercée précédemment et dans une activité adaptée.

A/2572/2019 - 11/16 - S'agissant de dater le début de l'incapacité de travail durable, étant donné les spécificités de son tissu conjonctif et la vulnérabilité qu'elles impliquaient dans toute activité lourde, il était indéniable que le choix professionnel de l'assurée était d'emblée non exigible de façon définitive. Il était donc logique de faire remonter son incapacité de travail dans la brocante ou les déménagements au minimum au début de l'âge adulte, c'est-à-dire à l'âge de 20 ans, en 1994. Même si elle avait quand même pu le faire, c'était sous l'effet d'une médication puissante qui lui permettait de passer par-dessus sa douleur et qui avait accéléré les processus délétères au niveau de son système musculo-squelettique. Des mesures de réadaptation professionnelle étaient envisageables à la seule condition d'aboutir impérativement un traitement efficace, portant sur la douleur, la compréhension de la patiente de son problème et la mise en route de mesures de reconditionnement physique et psychique par le biais d'une intervention multidisciplinaire complexe. f. Selon l'appréciation consensuelle des experts du 23 juin 2021, l'ensemble des troubles conduisait à une incapacité de travail totale de la recourante dans toute activité. g. Le 13 septembre 2021, l'intimé a indiqué que selon le SMR, lors de l'expertise du CEMEDEX et de l'expertise judiciaire, l'assurée était au bénéfice d'un traitement de Transtec, Sirdalud, Ponstan et Dafalgan. Les traitements n'avaient pas été dosés, mais on observait une réintroduction des opiacés depuis l'intervention du 26 août 2014, ce qui témoignait d'une péjoration objective des douleurs et d'une aggravation de l'état de santé. Le SMR ne pouvait pas suivre les conclusions de l'expert rhumatologue dans le sens d'une capacité de travail nulle dans toute activité depuis 2006. Dès lors, l'intimé estimait que l'on ne pouvait retenir une incapacité de travail totale de la recourante depuis août 2014, mais pas depuis 2006. h. Le 20 septembre 2021, la recourante a fait valoir que les experts avaient été parfaitement clairs et qu'il y avait lieu de retenir que sa capacité de travail était de 0% dans toute activité depuis 2006 et de lui octroyer une rente entière d'invalidité à compter du 1er mars 2006. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 3 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

A/2572/2019 - 12/16 - Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure

administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 3. Il convient de déterminer l'objet du litige. 3.1. 3.1.1 L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). 3.1.2 L'autorité de la chose jugée (ou force de chose jugée au sens matériel) interdit de remettre en cause, dans une nouvelle procédure, entre les mêmes parties, une prétention identique qui a été définitivement jugée (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 212 et les références). Il y a identité de l'objet du litige quand, dans l'un et l'autre procès, les parties soumettent au tribunal la même prétention, en reprenant les mêmes conclusions et en se basant sur le même complexe de faits (ATF 139 III 126 consid. 3.2.3 p. 1 30; 116 II 738 consid. 2a p. 743). L'identité de l'objet du litige s'entend au sens matériel; il n'est pas nécessaire, ni même déterminant que les conclusions soient formulées de manière identique (ATF 142 III 210 consid. 2.1 p. 213, 128 III 284 consid. 3b p. 286; 123 III 1 6 consid. 2a p. 18; 1 21 III 474 consid. 4a p. 477). L'identité de l'objet s'étend en outre à tous les faits qui font partie du complexe de faits, y compris les faits dont le juge n'a pas pu tenir compte parce qu'ils n'ont pas été allégués, qu'ils ne l'ont pas été selon les formes et à temps ou qu'ils n'ont pas été suffisamment motivés (ATF 139 III 1 26 consid. 3.1 ; 116 II 738 consid. 2b). Pour savoir si des conclusions ont déjà été définitivement tranchées dans un jugement précédent, il convient de se fonder non pas sur les constatations du prononcé attaqué mais sur le jugement précédent, dont le dispositif définit l'étendue de la chose jugée au sens matériel. L'autorité de la chose jugée est limitée au seul dispositif du jugement. Pour connaître le sens et la portée exacte du dispositif, il faut parfois se référer aux considérants en droit du jugement (ATF 142 III 21 0 consid. 2.2 p. 213; arrêt du Tribunal fédéral 8C 816/2015 du 12 septembre 2016 consid. 3,1 et les références). 3.1.3. Lorsque l'assuré dépose une nouvelle demande de prestations, après que l'OAI lui a refusé tout droit à celle-ci dans un premier temps, l'examen matériel doit être

A/2572/2019 - 13/16 - effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 130 V 71 consid. 3.2; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1). L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une

adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). 3.2. En l'espèce, le litige portait à l'origine sur le bien-fondé de la décision du 19 décembre 2010, qui rejetait la nouvelle demande de prestations de l'assurée du 1er mars 2006, suite au refus de prestations du 15 mars 1996, entré en force. La décision de refus de rente du 7 décembre 2010 a été confirmée par la chambre de céans le 20 mai 2011, qui a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise du

A/2572/2019 - 14/16 - CEMed, qui retenait que l'activité habituelle de brocanteuse n'était plus possible pour la recourante, mais que dans une activité sédentaire ou semi-sédentaire sans port de charges et permettant le changement fréquent de postures, l'exigibilité était de 100%. Dans la mesure où le Tribunal fédéral n'a annulé, le 15 mars 2012, l'arrêt de chambre de céans précité qu'en raison d'une évaluation erronée du revenu avec invalidité pris en considération, la décision de l'OAI du 7 décembre 2010 est entrée en force en ce qu'elle retenait une capacité de travail totale de l'assurée dans une activité adaptée, sur la base de l'expertise du CEMed du 31 août 2009, ce que la recourante n'avait pas contesté devant le Tribunal fédéral (consid. 2 en droit de l'arrêt 9C\_540/2011). Dans la mesure où il a ainsi été jugé définitivement que la capacité de travail de l'assurée était la même le 7 décembre 2010 qu'au moment de la dernière décision entrée en force du 11 décembre 2006, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, un cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA n'était pas ouvert, et la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité suite à sa demande du 27 novembre 2006 jusqu'au 7 décembre 2010. Dans sa décision de refus de prestations du 8 juin 2015, l'OAI a retenu qu'il n'y avait aucune nouvelle atteinte ou aggravation notable de l'état de santé et que la capacité de travail résiduelle qui prévalait en 2009 était toujours la même, à savoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La chambre de céans a annulé la décision et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, considérant que dans la mesure où la première décision de l'OAI et l'arrêt de la chambre de céans avaient été annulés par le Tribunal fédéral, il y avait lieu de tenir compte de tous les faits déterminants jusqu'au moment de la décision querellée du 8 juin 2015, dont l'évolution de l'état de santé de l'assurée, qui avait allégué une aggravation et communiqué à l'OAI plusieurs rapports médicaux à cet égard. Le présent litige porte ainsi sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis la décision du 7 décembre 2010 et jusqu'au 5 juin 2019, date de la dernière décision

de l'intimé faisant l'objet de la présente procédure, au sens de l'art. 17 LPGA, et sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. 4. Les parties ne contestent pas la valeur probante des expertises judiciaires, lesquelles répondent aux réquisits pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. L'intimé estime toutefois que contrairement aux conclusions des experts, la recourante ne peut être considérée comme totalement incapable de travailler qu'à partir du mois d'août 2014. La recourante fait valoir que les experts ont clairement indiqué qu'elle était totalement incapable de travailler dans toute activité dès 2006 et même avant, et non seulement depuis 2014.

A/2572/2019 - 15/16 - Elle ne démontre ainsi pas une aggravation de l'état de santé depuis le 7 décembre 2010, qui justifierait une révision de son cas au sens de l'art. 17 LPGA depuis lors. En revanche, l'intimé admet une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieurement à la dernière décision entrée en force, soit dès le mois d'août 2014, sur la base d'un élément objectif au dossier, à savoir la réintroduction des opiacés, ce qui est convaincant. Il ressort en effet de la procédure que la recourante a été opérée par le Dr D\_\_\_\_\_ le 26 mai 2014 pour une discopathie L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et que ce médecin a indiqué le 8 septembre 2015, qu'à 15 mois de l'intervention chirurgicale qui était majeure, il y avait une persistance de douleurs justifiant un traitement par opiacés, que la situation était très peu favorable à une reprise professionnelle et que le pronostic était très réservé. Dans un rapport du 18 mai 2018, il a encore indiqué qu'à quatre ans de la prise en charge chirurgicale, il n'y avait plus lieu d'attendre une amélioration de la situation. Il y avait eu une amélioration post-opératoire, qui malheureusement ne s'était pas maintenue dans le temps, bien au contraire. Par ailleurs, l'expert N\_\_\_\_\_ a indiqué que le syndrome de sensibilisation centrale s'était vraisemblablement aggravé dès l'intervention chirurgicale de 2014 et que le diagnostic de douleurs chroniques post-chirurgicales remontait au 26 mai 2014, alors qu'après une brève période de quelques semaines, voire quelques mois d'amélioration sous l'effet des médicaments, l'assurée avait signalé une aggravation des lombalgies précédentes et l'apparition de douleurs de type neuropathique irradiant dans les membres inférieurs depuis l'opération et au moins aggravées, sinon découlant de celle-ci. Des douleurs épidémiologiques parlaient d'ailleurs en faveur de séquelles systématiquement neuropathiques accompagnant ce type d'échec chirurgical. Il résulte ainsi bien des rapports précités que l'état de santé de la recourante a connu une aggravation dès 2014, suite à l'intervention chirurgicale qu'elle a subie et que dès août 2014, elle était totalement incapable de travailler dans toute activité. En application de l'art. 17 LPGA, il y a lieu de retenir un début d'incapacité totale de travail dès ce mois, ce qui lui ouvre le droit à une rente entière d'invalidité dès cette date, étant rappelé qu'elle était auparavant déjà considérée comme totalement incapable de travailler dans son activité habituelle. 5. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens qui seront fixés à CHF 4'000.- (art. 61 let. g LPGA). Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

A/2572/2019 - 16/16 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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