

GE_GERICHTE ATAS/548/2017 vom 27. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_548_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/548/2017 du 27 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/548/2017 del 27 giugno 2017

Erwägungen

E. 16

Suite aux observations de l'assurée et de son médecin traitant, le Dr E_____, l'OAI a informé cette dernière de la reprise de l'instruction de son dossier.

E. 17

Par communication du 5 mai 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il était nécessaire de procéder à une expertise médicale multidisciplinaire à la Clinique romande de réadaptation (CRR).

E. 18

L'assurée y a séjourné du 12 au 15 septembre 2011 pour y subir un examen psychiatrique par le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, un examen clinique général par le docteur J_____, expert principal et spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, un examen neurologique par la doctoresse K_____, spécialiste en neurologie, une évaluation des capacités fonctionnelles par Madame L_____, physiothérapeute diplômée, et enfin, une évaluation en atelier professionnel. Les experts ont rendu leur rapport le 26 octobre 2011. Après avoir retracé l'anamnèse et recueilli les plaintes de l'assurée, les experts ont établi son status clinique et posé les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : - lombalgie chronique (M54.5); - douleur chronique d'origine mixte nociceptive et neuropathique du membre inférieur gauche (séquelle d'une atteinte radiculaire L5) (M51.1); - révision chirurgicale L4-L5 gauche le 6 février 2008 (Z98.8); - révision laminectomie L4 gauche et stabilisation L3 à L5 par plaque en titane le 13 octobre 2007 (Z98.1); - révision chirurgicale L4-L5 gauche, décompression et extraction d'un volumineux fragment discal luxé et nouveau curetage discal le 28 août 2008 (Z98.8); - exploration chirurgicale inter-lamaire, décompression du récessus latéral gauche L4-L5 et discectomie L4-L5 el 3 août 2007 (Z98.8). En revanche, les diagnostics suivants étaient sans répercussion sur la capacité de travail : - dysthymie (F34.1); - céphalées de tension (G44.2); - cervicalgies chroniques (M54.2); - douleur musculo-squelettique chronique non spécifique des membres supérieurs et du membre inférieur droit (M79.1); - rétrécissement modéré du canal médullaire cervical d'origine constitutionnelle (M99.3); - petite hernie discale C4-C5 gauche, discrète protrusion discale médiane C6-C7 et hernie discale postéro-latérale gauche C5-C6 (M50.2); A/3548/2016 - 7/20 - - séquelles de maladie de Scheuermann (Z87.3); - troubles dégénératifs du rachis (M47.8); - obésité (E66.9); - traumatisme mineur du pied gauche le 5 novembre 2010 (T93.3); - appendicectomie à l'âge de 19 ans (Z98.8); - fracture de plusieurs orteils du pied droit à l'âge de 14 ans (T93.2); - fracture du bras gauche à l'âge de 14 ans (T92.1). Dans l'appréciation du cas, les experts ont constaté qu'après le rapport du Dr F_____ du 26 novembre 2011, la douleur s'était étendue au membre inférieur droit

(rapport du Dr E _____ du 11 novembre 2009), à la nuque (rapport du Centre de la douleur des HUG du 2 juin 2010), puis aux membres supérieurs (été 2010). Toutefois, les investigations complètes qui avaient été faites n'avaient pas mis en évidence de nouvelle anomalie objective lombaire ou au membre inférieur droit. Selon les experts, cette extension de la douleur à la ceinture scapulaire, aux membres supérieurs et au membre inférieur droit ne s'expliquait cependant pas clairement du point de vue médical. En effet, l'examen neurologique actuel ne mettait en évidence aucune atteinte médullaire, plexulaire ou radiculaire des membres supérieurs et du membre inférieur droit. De plus, il n'y avait pas de maladie orthopédique ou rhumatologique qui puisse être mise en évidence. Cette extension douloureuse avait par conséquent une origine musculo-squelettique non spécifique et ne s'expliquait donc pas par une nouvelle atteinte lésionnelle objective. Aussi fallait-il déterminer si cette aggravation subjective avait pour origine une comorbidité psychiatrique et, au cas où celle-ci était présente, si elle était incapacitante. Toutefois, selon l'expert psychiatre I _____, il existait des éléments permettant de poser le diagnostic de dysthymie, trouble qui ne justifiait pas la reconnaissance d'une incapacité de travail. En conséquence, l'expert principal J _____ a conclu à l'absence de comorbidité psychiatrique limitant la capacité de travail. Au total, sur le plan médical, la seule atteinte à la santé objective, clairement identifiée et justifiant une incapacité de travail, était l'atteinte lombo-radiculaire gauche (souffrance radiculaire L5 gauche persistante, importante cicatrice périradiculaire L5 gauche et rachis opéré à quatre reprises). Depuis la prise de position du SMR du 19 août 2008 (recte : 19 décembre 2008), aucune autre atteinte somatique objective à la santé ni aucune comorbidité psychiatrique limitant la capacité de travail n'étaient apparues. L'évaluation des capacités fonctionnelles, par Mme L _____, avait été réalisée dans le but d'aider l'expert à préciser les limitations fonctionnelles. Force était de constater que les résultats de cette évaluation étaient sans valeur. En effet, ils n'étaient pas fiables, car d'une part, l'assurée n'avait pas donné le maximum au cours de tests et d'autre part, le niveau de leur cohérence était faible. Quant à l'évaluation en ateliers professionnels, elle avait montré que malgré les plaintes et

A/3548/2016 - 8/20 - les discordances, l'assurée était capable de s'impliquer dans les tâches auxquelles elle portait un intérêt, en particulier les tâches de bureautique, mais elle ne s'était cependant pas montrée prête à adhérer à une démarche de réintégration professionnelle. Sur le plan des limitations qualitatives et quantitatives en relation avec les troubles constatés, l'expert J _____ a estimé que l'assurée ne pouvait maintenir en continu les positions assise et debout plus de trente minutes, qu'elle ne pouvait pas porter de charges supérieures à 5 kg ni maintenir de façon prolongée le tronc en porte-à-faux, ni effectuer de mouvements répétés de flexion-torsion du tronc, ni accomplir d'activité à genoux le tronc fléchi en avant, ni exposer le corps entier de façon prolongée au froid ou aux vibrations, ni marcher plus de quinze minutes en terrain difficile (très inégal), ni accomplir d'activité provoquant une hyperlordose prolongée (activités avec les mains tenues au-dessus du niveau de la tête, descente prolongée). Les douleurs dorsale et radiculaire persistantes imposaient en plus une pause de quinze minutes après chaque heure de travail. La capacité résiduelle de travail était de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire une activité respectant les limitations fonctionnelles et les pauses évoquées. Compte tenu de ces dernières, ce 50% correspondait donc à une présence sur la place de travail dépassant la demi-journée. En raison du manque d'endurance de l'assurée et des ports de charges pouvant dépasser les 5 kg, les troubles justifiaient une incapacité de travail totale et définitive dans la profession de responsable des ressources humaines de B _____ SA, ceci depuis le 25 juin 2007, à moins d'une

adaptation de cette activité. Si les pauses (quinze minutes après chaque heure de travail) étaient respectées, il n'y avait pas lieu de s'attendre à une diminution de rendement. Interrogé sur la date de survenance d'une incapacité de travail de 20% au moins et l'évolution du degré d'incapacité de travail depuis lors, le Dr J_____ a indiqué que cette incapacité existait depuis le 25 juin 2007 et que selon les documents à disposition, une incapacité totale avait été certifiée par les médecins traitants depuis lors. Questionné sur la capacité de l'assurée à s'adapter à son environnement professionnel « en raison de ses troubles psychiques », l'expert J_____ a répondu qu'il n'y avait pas de trouble psychique incapacitant. Enfin, il a estimé que des mesures de réadaptation professionnelle étaient souhaitables. Cependant, il ne les recommandait pas tant que l'assurée ne se montrait pas prête à adhérer à une démarche de réintégration professionnelle. Selon l'expert, de telles mesures n'aboutiraient pas en l'état.

E. 19

Par avis du 23 novembre 2011, le docteur M_____, médecin SMR, a estimé que l'expertise pluridisciplinaire avait pris en compte toutes les atteintes de l'assurée et elle était probante dans ses conclusions. De son point de vue, il fallait suivre l'avis des experts et considérer que la capacité de travail était toujours de 50% dans une

A/3548/2016 - 9/20 - activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles et s'en tenir à la prise de position du SMR du 19 août 2008 (recte : 19 décembre 2008).

E. 20

Par décision du 1er décembre 2011, l'OAI a informé l'assuré qu'il « [n'entrait] pas en matière » (sic) sur la demande de prestations formée le 21 octobre 2009. N'ayant pas été contestée, cette décision est entrée en force.

E. 21

Le 27 novembre 2015, le docteur N_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, médecine interne et neurologie, a déposé une demande de révision de la rente au nom et pour le compte de l'assurée en y joignant « un rapport circonstancié que [l'assurée avait] établi elle-même [...], contenant d'une part les symptômes qu'elle [présentait] actuellement, et qu'elle avait présentés en évolution depuis l'établissement de la rente à 50% en 2008, et par ailleurs des résumés d'examens radiologiques, dont [il] confirmait la teneur » et dont il joignait les rapports en copie. Selon le Dr N_____, l'incapacité de travail de l'assurée était totale dans son ancienne activité de responsable des ressources humaines. En revanche, elle disposait d'une capacité de travail dans une autre activité. Celle-ci était de 10-20% mais pas plus, compte tenu d'une limitation de la durée de la position assise, debout et à la marche, ainsi que d'une limitation de sa capacité de concentration et d'attention en rapport avec la douleur et sous l'effet de ses médicaments. Il ressort du « rapport circonstancié » préparé par l'assurée elle-même qu'elle souffrait, depuis 2012, de problèmes d'estomac à répétition et que dans ce contexte, on avait trouvé un « caillou dans la vésicule » (à enlever en cas de nouvelle crise) et qu'elle était tombée enceinte en juin 2012. En février 2013, dès l'accouchement de son deuxième enfant, l'anamnèse était exacerbée par des épisodes douloureux, notamment au niveau de la nuque, des névralgies aiguës, des blocages multiples de la nuque, une « diminution » des mouvements très douloureux de l'épaule, du coude et du poignet, ainsi que des brûlures et douleurs aiguës au niveau des lombaires, irradiant dans la jambe gauche, accompagnées de paresthésies dans l'ensemble du pied gauche et grim pant jusqu'à mi-mollet. Le bas du dos

était en souffrance et les mouvements limités dans la région lombaire, notamment du côté gauche en L4-L5 et L2-L3. En outre, des douleurs prononcées empêchaient certaines positions et la contraignaient à opter pour la position allongée sur le dos pour se relaxer ou dormir. L'année 2014 avait été marquée par une augmentation des douleurs de la nuque et du membre supérieur droit ainsi qu'une réapparition des douleurs du membre inférieur gauche en territoire L5. En 2015, l'assurée notait l'apparition d'une douleur à la fesse gauche générant de « fortes brûlures » à la jambe gauche, une paresthésie complète du pied gauche grimant au genou, ainsi que des brûlures aigües dans l'épaule droite, le poignet droit et, par moments, les deux épaules. S'y ajoutaient encore des cervico-brachialgies et des névralgies aigües. À l'appui des aggravations alléguées, l'assurée a notamment produit : - une IRM de la colonne cervicale pratiquée le 17 avril 2015 par le docteur O_____, radiologue FMH. Selon ce médecin, l'IRM en question était

A/3548/2016 - 10/20 - superposable à celle réalisée le 19 août 2011, avec une sténose canalaire centrale entre C4 et C7, prédominante au niveau C5-C6, où l'on trouvait une hernie discale médiane-paramédiane gauche pouvant réaliser un conflit sur le trajet intradural et foraminaux de la racine C6 gauche. En revanche, aucun conflit radiculaire n'était visible sur les racines de droite, de sorte qu'il n'était pas possible d'expliquer les symptômes présentés par l'assurée au niveau du membre supérieur droit; - un scanner lombaire réalisé le 30 juin 2015 par le docteur P_____, radiologue FMH : le matériel orthopédique était en place, d'aspect normal. Il existait une possible hernie foraminale avec extension extraforaminale au niveau L4-L5 gauche, pouvant créer un conflit sur la racine L4 gauche. Un tel conflit avec la racine L4 gauche était donc possible; - un rapport du 7 juillet 2015 du Dr Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, indiquant que l'IRM cervicale du 17 avril 2015 mettait en évidence une sténose C5-C6 sans signe de myélopathie. Il y avait un conflit potentiel avec la racine C6 des deux côtés. Selon le Dr Q_____, ce problème était actuellement plutôt au second plan et par conséquent, il n'était pas sûr qu'une prise en charge chirurgicale s'imposât par rapport à la symptomatologie du membre supérieur. À l'IRM lombaire du 10 avril 2015, on constatait que le canal était large, qu'il n'y avait pas de discopathie inflammatoire et pas de conflit avec les structures neurologiques. Le Dr Q_____ n'expliquait donc pas la récurrence de cette douleur du membre inférieur gauche. Dans ces conditions, il avait demandé encore un scanner lombaire, effectué le 30 juin 2015. On y constatait une fusion L4-L5 qui était en ordre de manière bilatérale. Du côté L3- L4 gauche, le pont osseux n'était pas excellent mais il était bon du côté droit. Il constatait néanmoins une vis qui était sub-optimale dans le pédicule L5 gauche qui était éventuellement en contact avec la racine L5. Sur le plan pratique, il proposait de faire une infiltration autour de la racine L5 gauche. En cas d'amélioration des douleurs lombaires, il y avait peut-être une indication à enlever le matériel de spondylodèse; En conclusion : dès lors que la situation ne s'était pas améliorée depuis 2010 et que dès février 2013, « les symptômes [étaient] revenus en force », sans compter de nouveaux symptômes apparus et confirmés par le biais des différents examens pratiqués en 2015, l'OAI était invité à accepter de prendre en charge la révision du dossier de l'assurée.

E. 22

Par pli du 12 janvier 2016, l'OAI a rappelé à l'assurée qu'il lui incombait de rendre plausible que depuis le 1er décembre 2011, son invalidité s'était modifiée au point d'influencer ses droits. Aussi lui a-t-il imparti un délai au 1er février 2016 à cet effet, soit en faisant parvenir « tous les documents utiles ».

E. 23

Par avis du 21 mars 2016, le docteur R_____, médecin SMR, a considéré que le courrier du 27 novembre 2015 du Dr N_____ et les documents annexés ne

A/3548/2016 - 11/20 - faisaient pas penser à une aggravation. En effet, la description « de l'IRM lombaire de 2015 [était] la même connue auparavant » (sic). Quant à l'IRM de la colonne cervicale, elle était superposable à l'examen du 19 août 2011. Ainsi, l'aggravation n'avait pas été rendue plausible.

E. 24

Par projet de décision du 29 mars 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il n'entrait pas en matière sur la « nouvelle demande », l'aggravation n'ayant pas été rendue plausible.

E. 25

Le 20 avril 2016, le Dr N_____ a informé l'OAI qu'il complétait son rapport médical du 27 novembre 2015 sur les points suivants : depuis la naissance de son fils le 26 février 2013, l'état de santé de l'assurée s'était aggravé. Les paresthésies du membre inférieur gauche s'étaient péjorées, tout d'abord au niveau cervical, avec de multiples blocages de l'épaule droite et des brûlures à ce niveau, irradiant dans la partie postérieure du bras droit pendant une année. Par la suite, l'assurée avait souffert de l'apparition de nouvelles douleurs dans le membre inférieur gauche au niveau de la fesse et de la cuisse jusqu'au genou, sous forme de brûlures, étant précisé que cette symptomatologie avait disparu en 2011. Les autres symptômes, en particulier lombaires, étaient restés les mêmes par rapport à la situation qui prévalait avant la naissance de son fils.

E. 26

Par courrier du 6 mai 2016, l'assurée a soutenu que l'état de sa nuque s'était détérioré, ceci étant corroboré par une ENMG (électroneuromyographie) réalisée le 19 août 2015 par le docteur S_____, spécialiste FMH en neurologie, et par de nouveaux symptômes inconnus auparavant. En effet, elle souffrait de blocages multiples du haut du dos et de la nuque qui l'empêchaient de bouger cette dernière. S'y ajoutaient des maux de tête virulents, accompagnés de brûlures extrêmes aux épaules ainsi que des fourmillements touchant la totalité de la main gauche et une partie de la main droite, ce depuis son accouchement. En outre, elle n'avait jamais eu de brûlures envahissant toute la partie arrière de la jambe et la face avant de sa cuisse droite. Enfin, avec la prise de tous les médicaments qui lui étaient prescrits, elle avait des troubles de la mémoire, n'arrivait pas à se concentrer correctement et faisait face à une tension artérielle très irrégulière. Pour appuyer ses dires, l'assurée a produit divers documents d'imagerie ainsi qu'un rapport établi le 25 avril 2016 par la doctoresse T_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon cette dernière, qui avait suivi l'assurée une première fois de février à octobre 2010, l'assurée lui avait fait part, le 15 avril 2016, d'une aggravation des douleurs du membre inférieur gauche. Celles-ci étaient diffuses et la gênaient surtout en station assise avec apparition de paresthésies dans cette position. En revanche, elles diminuaient lors de la marche. Selon l'assurée, il y avait également des douleurs vertébrales, tant lombaires que cervicales – qui étaient aggravées par la marche et la course – ainsi que des blocages douloureux fréquents proximaux du membre supérieur droit. Cette aggravation se serait manifestée progressivement depuis son accouchement en 2012 (recte : 26 février 2013). En raison de ces symptômes, l'assurée avait bénéficié de plusieurs examens

A/3548/2016 - 12/20 - radiologiques, dont une IRM et un scanner au niveau lombaire qui montraient que le matériel d'ostéosynthèse était toujours en place mais laissaient suspecter la présence d'une hernie discale L4-L5 gauche. Ces examens n'ayant pas bénéficié d'une injection de produit de contraste, il était difficile de trancher entre une hernie discale et une fibrose. À l'issue de l'examen neurologique pratiqué le 15 avril 2016, la Dresse T_____ a estimé que l'assurée présentait un status après plusieurs interventions neurochirurgicales au niveau lombaire, avec des douleurs du membre inférieur gauche qui s'étaient aggravées ces dernières années, ainsi que des cervico- brachialgies proximales du membre supérieur droit. Les douleurs du membre supérieur droit étaient en partie aggravées en station debout mais également en station assise prolongée. Même si l'ENMG du Dr S_____ ne montrait pas clairement d'aggravation de l'atteinte constatée en 2010, la Dresse T_____ a estimé qu'en comparant les examens cliniques qu'elle avait effectués elle-même en 2010 et 2016, il existait une péjoration sous forme d'une perte de réflexes au niveau du membre inférieur gauche. Quant au bilan radiologique, il laissait suspecter une compression radiculaire au niveau L4-L5 gauche, malgré la spondylodèse. En conclusion, il existait une aggravation de l'atteinte neurologique – en particulier douloureuse – de l'assurée entre les premières consultations en 2010 et celle du 15 avril 2016. En reprenant l'anamnèse d'un point de vue chronologique, cette aggravation aurait fait suite à son accouchement, sans qu'il y ait forcément un lien de causalité avec cet événement.

E. 27

Par avis du 7 juillet 2016, le Dr R_____ a considéré que le rapport de la Dresse T_____ n'apportait pas d'élément nouveau en tant qu'il évaluait les IRM déjà évoquées dans le précédent rapport SMR du 21 mars 2016. Selon le Dr R_____, il s'agissait de la même atteinte neurologique avec peut-être une augmentation de la douleur, mais ceci ne changeait ni les limitations fonctionnelles ni la capacité de travail. Aussi recommandait-il de ne pas faire d'instruction médicale.

E. 28

Par décision du 20 septembre 2016, l'OAI a refusé d'entrée en matière sur la demande du 27 novembre 2015, motif pris que l'assurée n'avait pas rendu plausible la survenance d'une aggravation depuis la dernière décision.

E. 29

Par acte du 19 octobre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant en substance à son annulation. Lors de la « décision du 1er décembre 2010 » (recte : 23 avril 2009), elle avait été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité alors que sa capacité de travail résiduelle de 50% correspondait en réalité à une activité en milieu protégé permettant notamment l'alternance des positions assise et debout toutes les trente minutes et n'impliquant pas de devoir porter des charges supérieures à 5 kg. Or, à ce jour, même ces conditions n'étaient plus d'actualité suite à l'aggravation de l'état de santé qu'elle avait subie. Elle regrettait que les « nouveaux médecins consultés » qualifient ses douleurs de « séquellaires » alors que de son point de vue, il existait de nouveaux symptômes et des douleurs multiples qu'elle traitait avec force médicaments qui occasionnaient

A/3548/2016 - 13/20 - des troubles de la mémoire et une fatigue continuelle. Compte tenu de la présence d'un calcul dans sa vésicule, il arrivait qu'elle ne puisse pas prendre tous ses médicaments car « je suis malade et je vomis tout ».

E. 30

Par écriture spontanée du 31 octobre 2016, la recourante a complété son recours en précisant que l'aggravation de son état de santé (premiers blocages sévères de la nuque et du haut du dos, brûlures et douleurs paralysantes du bras droit et de la jambe gauche) était survenue en 2013, peu après la naissance de son fils, et que depuis lors, la situation avait évolué de mal en pis.

E. 31

Le 8 novembre 2016, la recourante a produit un rapport établi le 27 octobre 2016 par le docteur U_____, chirurgien orthopédiste FMH, aux termes duquel ce médecin ne pensait pas que les douleurs qu'elle ressentait au niveau des deux épaules provenaient d'une pathologie spécifique au niveau de la coiffes des rotateurs de l'articulation scapulo-humérale.

E. 32

Par réponse du 24 novembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. Malgré l'invitation qui lui avait été adressée le 12 janvier 2016, la recourante n'avait pas apporté d'éléments médicaux permettant de rendre plausible la modification de son degré d'invalidité. En effet, il ne suffisait pas de déposer des rapports médicaux. Encore eût-il fallu que les pièces produites fassent état d'une aggravation des atteintes ayant une répercussion sur les limitations fonctionnelles et le taux de capacité de travail résiduelle retenu dans le rapport d'expertise de la CRR du 26 octobre 2011, soit à l'époque de la décision du 1er décembre 2011. S'agissant des éléments médicaux nouveaux apportés par la recourante dans son recours, il n'était pas possible d'en tenir compte puisqu'ils ne faisaient pas partie des pièces et, partant, de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'intimé avait statué. Enfin, compte tenu des difficultés en matière de preuve à établir l'existence de douleurs, on ne pouvait reconnaître de caractère invalidant à celles-ci en se fondant sur les seules plaintes subjectives de la recourante du moment que celles-ci ne reposaient sur aucun substrat médical pertinent et concluant, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante.

E. 33

À l'appui d'une réplique du 17 janvier 2017, l'assurée a produit un rapport du 14 novembre 2016 du Docteur V_____, spécialiste en neurochirurgie et chirurgie du rachis, aux termes duquel l'évolution cervicale restait toujours extrêmement péjorative, marquée par des douleurs très importantes. Ce médecin avait réalisé un nouveau bilan avec des radiographies et une IRM cervicales. Il existait, sur les clichés, une inversion de courbure avec une perte de la lordose cervicale physiologique et, de l'avis du Dr V_____, ceci entraînait une souffrance neurologique secondaire. Sur les clichés de l'IRM, on notait une dégénérescence discale avancée, ce qui, paradoxalement, avait fait disparaître les protrusions herniaires notées en juillet 2015. Toujours est-il que ce trouble statique cervical majeur expliquait bien les tensions musculaires postérieures, les irradiations dans les deux épaules, préférentiellement à droite.

A/3548/2016 - 14/20 - Le recourante a également produit un rapport du 5 décembre 2016 de son médecin traitant, le docteur W_____, spécialiste FMH en médecine interne. Selon ce praticien, plusieurs spécialistes tentaient de trouver une option autre que médicamenteuse (Trittico et Irfen) à ses douleurs ainsi qu'à ses plaintes et les Drs Q_____ et T_____ poursuivaient leurs investigations.

E. 34

Le 17 janvier 2017, une copie de ce courrier a été transmise à l'intimé.

E. 35

Par envoi spontané du 5 avril 2017, la recourante a adressé à la chambre de céans une copie d'un récent échange de courriers avec le service des prestations complémentaires (SPC). Il en ressort en substance que de l'avis du SPC, un certificat médical ne permettait pas une suspension du gain potentiel imputé à la recourante et qu'il incombait à cette dernière d'entreprendre les démarches nécessaires auprès de l'OAI pour obtenir la réévaluation de son taux d'invalidité.

E. 36

Une copie de ce courrier et de ses annexes a été transmise à l'intimé le 6 avril 2017.

E. 37

Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 19 octobre 2016 contre la décision litigieuse du 20 septembre 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Ce recours sera donc déclaré recevable. 2. Le litige porte sur le bien-fondé du refus de l'intimé d'entrer en matière sur la demande de révision formée le 27 novembre 2015.

A/3548/2016 - 15/20 - 3. a. Selon l'art. 87 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou 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). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2 ; 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence

d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). 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 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). Dans cette dernière hypothèse, l'administration doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ou à l'allocation pour impotent; arrêt du Tribunal fédéral 9C_412/2010 du 22 février 2011 consid. 3; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), in

A/3548/2016 - 16/20 - STAUFFER/ CARDINAUX [éd.], Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, 3ème éd. 2014, n. 139 ad art. 30-31 LAI). 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). Eu égard au caractère atypique de celle-ci dans le droit des assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que l'administration pouvait appliquer par analogie l'art. 73 aRAI (cf. art. 43 al. 3 LPGA depuis le 1er janvier 2003) – qui permet aux organes de l'AI de statuer en l'état du dossier en cas de refus de l'assuré de coopérer – à la procédure régie par l'art. 87 al. 2 RAI, à la condition de s'en tenir aux principes découlant de la protection de la bonne foi (cf. art. 5 al. 3 et 9 Cst; ATF 124 II 265 consid. 4a). Ainsi, lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité s'est modifiée, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. d. L'examen du juge se limite ainsi au point de savoir si les pièces déposées en procédure administrative justifient ou non la reprise de l'instruction du dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 4.1), étant précisé que peuvent également être pris en compte les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse, s'ils permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/02 du 31 octobre 2002 consid. 2.3 et les arrêts cités). e. L'exigence relative au caractère plausible

ne renvoie pas à la notion de vraisemblance prépondérante usuelle en droit des assurances sociales. Les exigences de preuves sont, au contraire, sensiblement réduites en ce sens que la conviction de l'autorité administrative n'a pas besoin d'être fondée sur la preuve pleinement rapportée qu'une modification déterminante est survenue depuis le moment auquel la décision refusant les prestations a été rendue. Des indices d'une telle modification suffisent lors même que la possibilité subsiste qu'une instruction plus poussée ne permettra pas de l'établir (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 396 ch. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 724/99 du 5 octobre 2001 consid. 1c/aa). 4. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des

A/3548/2016 - 17/20 - observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 600/03 du 30 novembre 2004 consid. 3.2). Considéré isolément, le fait de ne pas pouvoir surmonter ses douleurs – ou une chronicisation de ces dernières – ne permet de tirer aucune conclusion quant à une modification de l'état de santé et des répercussions de ce dernier sur la capacité de gain (arrêt du Tribunal fédéral 9C_894/2015 du 25 avril 2016 consid. 5.2). 5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 6. a. En l'occurrence, se pose donc principalement la question de savoir si la recourante, au moment de la décision litigieuse, soit le 20 septembre 2016, a rendu plausible une aggravation de son état de santé, survenue depuis le 1er décembre 2011, date à laquelle l'intimé a rejeté une précédente demande de révision du droit à une demi-rente après instruction médicale du cas – nonobstant ce que suggère la décision du 1er décembre 2011 qui mentionne improprement un « refus d'entrer en matière » (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 3.2). À cette époque, l'intimé s'était fondé sur les conclusions du rapport d'expertise de la CRR du 26 octobre 2011. Il en ressortait en synthèse que la seule atteinte à la santé objective, clairement identifiée et justifiant une incapacité de travail était l'atteinte lombo-radiculaire gauche (souffrance radiculaire L5 gauche persistante, importante cicatrice périradiculaire L5 gauche et rachis opéré à quatre reprises), celle-ci se traduisant par des lombalgies chroniques et une douleur chronique du membre inférieur gauche (séquelle d'une atteinte radiculaire L5). En revanche, l'expert J_____ estimait que l'extension des douleurs – depuis le rapport SMR du 19 décembre 2008 – au membre inférieur droit (novembre 2009), à la nuque (juin 2010) et aux membres supérieurs (été 2010) n'était corroborée par aucune nouvelle anomalie objective lombaire ou du membre inférieur droit et qu'elle ne

s'expliquait donc pas clairement du point de vue médical. Aussi a-t-il estimé que les cervicalgies chroniques et les douleurs musculo-squelettiques chroniques non spécifiques des membres supérieurs et du membre inférieur droit faisaient partie des diagnostics sans effet sur la capacité de travail.

A/3548/2016 - 18/20 -

À l'examen du rapport du Dr N_____ du 27 novembre 2015, il apparaît que ce médecin se borne à renvoyer aux symptômes – recensés par la recourante elle-même – et à leur évolution depuis la décision du 23 avril 2009 octroyant à la recourante une rente entière d'invalidité du 1er juillet au 30 novembre 2008 et une demi-rente à partir du 1er décembre 2008. Toutefois, ni ces symptômes ni les divers rapports d'examens radiologiques produits ne sont mis en relation avec une atteinte à la santé objective nouvelle qui serait survenue depuis le 1er décembre 2011. Ainsi, en tant que ce médecin évalue la capacité de travail exigible de la recourante à 10- 20% dans une activité adaptée, soit d'une manière plus restrictive que le rapport d'expertise de la CRR, il apprécie de manière différente un même état de fait. Au vu de ces éléments, le rapport SMR du 21 mars 2016 ne prête pas le flanc à la critique en tant qu'il retient qu'une aggravation n'a pas été rendue plausible.

Après que la recourante eut bénéficié, le 12 janvier 2016, d'un délai supplémentaire pour rendre plausible une aggravation de son état de santé, le Dr N_____ a adressé à l'intimé un rapport du 20 avril 2016 complétant celui du 27 novembre 2015. Aux termes de ce second rapport, l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis la naissance de son fils le 26 février 2013 en ce sens que les paresthésies du membre inférieur gauche s'étaient péjorées tout d'abord au niveau cervical avec multiples blocages de l'épaule droite et brûlures à ce niveau, irradiant dans la partie postérieure du bras droit pendant une année. Par la suite, de nouvelles douleurs étaient apparues dans le membre inférieur gauche au niveau de la fesse et de la cuisse jusqu'au genou sous forme de brûlures. Le Dr N_____ a précisé que cette dernière symptomatologie avait disparu en 2011 et que les autres symptômes lombaires, étaient restés les mêmes que ceux qui prévalaient avant la naissance du fils de la recourante. Au vu de ce descriptif, plus particulièrement de la dernière précision apportée, force est de constater qu'à l'exception des douleurs de la jambe gauche, dont la recourante se plaignait déjà en octobre 2011 à la CRR (« la douleur se situe dans la fesse gauche, puis sur la face postéro-latérale du genou (brûlure) »; cf. dossier AI, doc. 111 p. 7, § 4), le Dr N_____ situe l'aggravation alléguée précisément sur un terrain autre que l'atteinte lombo-radiculaire (qui est la seule atteinte à la santé objective, clairement identifiée et justifiant une incapacité de travail selon le rapport d'expertise de la CRR du 26 octobre 2011), mais sans que les douleurs et autres sensations de brûlures ne soient expliquées par un substrat médical (physique ou psychique) qui serait apparu depuis le 1er décembre 2011. Ce dernier constat s'applique également au rapport du 25 avril 2016, en tant que la Dresse T_____ y conclut « qu'il existe une aggravation de l'atteinte neurologique, en particulier douloureuse de cette patiente ». Du reste, le Dr W_____ souligne dans son rapport du 5 décembre 2016 que la Dresse T_____ et le Dr Q_____ poursuivaient « leurs investigations ».

A/3548/2016 - 19/20 - En conclusion, les rapports médicaux soumis à l'intimé à l'époque de la décision litigieuse ne rendent pas plausible l'existence d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis le 1er décembre 2011. b. Reste à déterminer si les rapports rendus postérieurement à la décision litigieuse permettent d'apprécier les circonstances au moment où cette décision a été rendue. En l'occurrence, il ressort du rapport du 14 novembre 2016 du Dr V_____ que les tensions musculaires postérieures ainsi que les

irradiations dans les deux épaules sont dues à un trouble statique cervical majeur, à savoir une perte de la lordose cervicale qui ressortait d'un nouveau bilan avec radiographies et IRM cervicales. S'il est vrai qu'une partie des douleurs de la recourante – non objectivables jusqu'alors – semble trouver ici une explication, il n'en demeure pas moins que c'est sur la base de circonstances différentes de celles qui prévalaient au moment de la décision querellée (cf. ci-dessus : consid. 3b/bb). En effet, le Dr V_____ précise que « sur les clichés de l'IRM, on note une dégénérescence discale avancée, ce qui paradoxalement a fait disparaître les protrusions herniaires notées en juillet 2015 ». Au vu de ce qui précède, la chambre de céans ne peut que constater que c'est à juste titre que l'intimé a refusé d'entrer en matière.

c. Il demeure néanmoins loisible à la recourante de saisir en tout temps l'intimé d'une nouvelle demande de révision, accompagnée de rapports médicaux récents – pas encore soumis à l'intimé au moment de la décision du 20 octobre 2016 – qui attestent de l'évolution de son état de santé depuis le 1er décembre 2011. 7. Mal fondé, le recours doit être rejeté.

La procédure de recours ne porte pas sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), de sorte qu'elle est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; cf. aussi art. 89H al. 3 LPA). * * * * *

A/3548/2016 - 20/20 -

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.