

GE_GERICHTE A/2916/2014 vom 16. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2916_2014

FR: GE_GERICHTE A/2916/2014 du 16 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/2916/2014 del 16 febbraio 2016

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Manuel MOURO recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1967 au Portugal, sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1988 et a travaillé en tant que femme de ménage. 2. Suite à une demande de prestations déposée le 24 juin 1996, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité limitée du 1^{er} juin au 31 juillet 1995 (décision du 8 juin 1999). Par avis du 16 septembre 1998, le SMR a retenu qu'en raison de ses atteintes lombaires, l'assurée avait présenté une incapacité de travail totale entre avril 1993 et mai 1995, puis une capacité de travail entière dans une activité adaptée. 3. L'assurée a par la suite travaillé en tant que femme de ménage et concierge. 4. Dès le 1^{er} janvier 2010, l'assurée s'est inscrite au chômage à un taux d'activité de 100%. 5. Le 27 août 2011, l'assurée a subi un accident, entraînant des douleurs au dos et à l'épaule droite et une incapacité de travail totale attestée par le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant. 6. La SUVA, assureur-accidents, a pris en charge le cas. 7. Par rapport du 11 octobre 2011, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que l'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) révélait une hernie discale L4-L5 médiane-paramédiane gauche refoulant postérieurement le départ des racines L5 surtout à gauche et rétrécissant le canal lombaire. 8. Par rapport du 13 octobre 2011, le Dr B_____ a diagnostiqué un traumatisme au coccyx, aux lombaires et une entorse à l'épaule droite. L'assurée suivait un traitement conservateur et avait subi une nouvelle chute le 22 septembre 2011. 9. Par rapport du 24 novembre 2011, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a diagnostiqué un syndrome vertébral L4-L5-S1. Si l'évolution n'était pas satisfaisante, des infiltrations seraient effectuées. 10. Selon un rapport du 11 janvier 2012 non signé, l'assurée présentait des "contusions des coccyx, lombaires, gluteale droite et entorse de l'épaule droite". Les lombalgies persistaient et un suivi rhumatologique était en cours. 11. Par rapport du 5 avril 2012, le Dr B_____ a indiqué que les douleurs lombaires et l'incapacité de travail persistaient. 12. Par rapport du 25 mai 2012, le Dr D_____ a fait état de la persistance de douleurs et d'une raideur. Une lente amélioration était attendue. 13. Par rapport du 14 juin 2012, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a indiqué que selon un rapport non signé du 11 janvier 2012, les diagnostics étaient des "contusions coccyx, lombaire gluteale droite et entorse de l'épaule droite". Les lombalgies persistaient. Selon les déclarations de l'assurée, les infiltrations effectuées par le

Dr D_____ étaient restées sans résultat et elle était dans l'attente d'un rendez-vous aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). La Dresse E_____ a indiqué que les examens ne montraient pas de lésion traumatique. Par contre, il existait des lésions dégénératives et une petite hernie gauche en L4-L5. Les effets délétères de l'accident étaient à considérer comme définitivement éliminés.![endif]>![if> 14. Le 30 juin 2012, la SUVA a mis fin au versement des prestations (décision du 27 juin 2012).![endif]>![if> 15. Le 17 juillet 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en raison de douleurs lombaires basses.![endif]>![if> 16. Par rapports des 25 juillet et 3 septembre 2012, le Dr B_____ a indiqué que suite aux accidents des 27 août et 22 septembre 2011, des douleurs lombo-coccygiennes s'étaient installées. L'incapacité de travail de l'assurée était totale, les douleurs empêchaient certaines activités domestiques de base et il n'y avait pas de capacité dans une activité adaptée. Il préconisait un traitement au service de rhumatologie des HUG.![endif]>![if> 17. Par rapport du 4 septembre 2012, le Dr D_____ a diagnostiqué des lombosciatalgies L5-S1 droite sévères depuis le 27 août 2011. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée évitant les sollicitations lombaires, la capacité de travail était de 50% à 100%. Les limitations fonctionnelles étaient les positions debout prolongées, les mouvements répétés lombaires et le port de charges lourdes. L'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé.![endif]>![if> 18. Par rapport du 13 septembre 2012, le Dr D_____ a indiqué que les traitements de cortisone et les infiltrations n'avaient pas eu d'effet bénéfique. À moyen terme, on pouvait s'attendre à une lente amélioration, avec la persistance de lombalgies qui ne devraient pas empêcher un travail adapté.![endif]>![if> 19. Par rapport du 1^{er} novembre 2012, la doctoresse F_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que l'IRM effectuée la veille révélait une protrusion discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche qui se trouvait en contact avec la racine L5 gauche. Au niveau D11-D12, il y avait une protrusion discale médiane et paramédiane droite sans conflit disco-radiculaire et des modifications inflammatoires des plateaux vertébraux adjacents.![endif]>![if> 20. Le 14 janvier 2013, le docteur G_____, spécialiste FMH en neurochirurgie aux HUG, a diagnostiqué une lombosciatalgie L5 à gauche avec un léger déficit moteur sur hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec conflit radiculaire L5 à gauche. L'assurée présentait également des douleurs à l'épaule droite entraînant des troubles du sommeil. L'assurée ne supportait pas les anti-inflammatoires en raison de problèmes gastriques, souffrait énormément et présentait des limitations significatives dans les activités de la vie quotidienne. Vu l'échec du traitement conservateur et le poids des souffrances de l'assurée, il proposait une intervention neurochirurgicale.![endif]>![if> 21. Le 27 février 2013, le Dr G_____ a diagnostiqué une lombosciatalgie à gauche L5 en régression et une nouvelle apparition d'un lumbago paravertébral ainsi qu'une nouvelle lombosciatalgie S1 à droite avec des paresthésies dans le territoire S1 à droite. Il convenait d'effectuer une nouvelle IRM.![endif]>![if> 22. Par rapport du 14 mars 2013, la doctoresse H_____, spécialiste en médecine interne aux HUG, a fait état d'une rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012 et une épicondylite du coude droit chronique. Une infiltration avait permis d'améliorer les symptômes d'environ 50% durant un mois, mais sans amélioration des douleurs de la région du coude. Le médecin proposait un traitement local et de la physiothérapie. Enfin, une prise en charge chirurgicale de la déchirure tendineuse était à discuter, selon l'évolution.![endif]>![if> 23. Par rapport du 20 mars 2013, le Dr G_____ a indiqué que la dernière IRM confirmait la persistance d'une hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane

avec une persistance d'un conflit radiculaire L5 des deux côtés. Une intervention neurochirurgicale était préconisée.![endif]>![if> 24. Le 26 avril 2013, l'assurée a subi une microdiscectomie L4-L5 gauche effectuée par le Dr G_____. L'incapacité de travail était totale jusqu'au 3 juin 2013, puis à réévaluer (rapport du 2 mai 2013).![endif]>![if> 25. Par rapport du 22 mai 2013, le Dr B_____ a indiqué une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Elle présentait une résurgence des douleurs au membre inférieur gauche.![endif]>![if> 26. Par rapport du 27 mai 2013, le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie aux HUG, a diagnostiqué une rupture transfixiante partielle du tendon du sus-épineux à droite et une épitrocléite du coude droit chronique. Les douleurs à l'épaule droite étaient présentes depuis le 28 août 2011. Elles étaient de caractère mécanique avec une irradiation au niveau de la colonne cervicale. Il y avait une nette péjoration depuis octobre 2012, avec notamment des troubles du sommeil. L'échographie avait montré une tendinopathie du sus-épineux pour laquelle une infiltration s'était montrée efficace à plus de 50%. L'assurée était très gênée dans les activités de sa vie quotidienne. Le médecin proposait la réalisation d'une IRM et la poursuite de la physiothérapie. S'agissant du coude, il convenait que l'assurée porte une attelle.![endif]>![if> 27. Par rapport du 28 mai 2013, la Dresse H_____, spécialiste FMH en rhumatologie aux HUG, a diagnostiqué une lombosciatique L5-S1 gauche post-discectomie L4-L5 gauche. Depuis l'intervention chirurgicale, les douleurs s'étaient accentuées ; elles étaient présentes au niveau lombaire et irradiaient sur un mode électrique lancinant à la fesse, à la face postérieure et latérale de la cuisse, ainsi que de la jambe jusqu'à la cheville et au talon et étaient associées à des paresthésies de la plante du pied. À l'examen clinique, le médecin a constaté notamment un syndrome vertébral très prononcé. Il s'agissait d'un tableau de lombosciatique L5 gauche persistante après chirurgie chez une patiente dont le traitement était considérablement limité par des épigastralgies invalidantes. Une électroneuromyographie (ci-après EMNG) devait être effectuée, à la recherche d'une atteinte radiculaire L5 ou S1. ![endif]>![if> 28. Le 4 juin 2013, le Dr G_____ a relevé que l'assurée se plaignait d'une lombosciatalgie et d'une lomboglotalgie du côté gauche, avec des décharges électriques. La symptomatologie du côté droit avait quasiment disparu. ![endif]>![if> 29. Par rapport du 10 septembre 2013, la Dresse H_____ a indiqué que l'assurée présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies-lombosciatalgies gauches et une rupture du tendon supra-épineux droit. La sciatalgie s'était améliorée, alors que les lombalgies persistaient. L'omalgie s'était améliorée pendant un mois suite à l'infiltration de l'épaule en octobre 2012. Les douleurs lombaires empêchaient les mouvements nécessaires pour les tâches de nettoyage et l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle. Il n'y avait pas de capacité de travail dans une activité adaptée pour le moment, mais le médecin n'avait pas le recul nécessaire pour en juger. Une amélioration de l'état de santé semblait possible et dès le 15 novembre 2013, la capacité de travail était de 10%.![endif]>![if> 30. Le 26 septembre 2013, le Dr B_____ a indiqué qu'à la consultation du 29 août 2013, les douleurs dans les membres inférieurs avaient disparu, mais les lombalgies et les douleurs à l'épaule droite persistaient. Un suivi neurochirurgical et rhumatologique était toujours en cours. ![endif]>![if> 31. Par rapport du 5 novembre 2013, la Dresse H_____ a fait état de l'apparition d'une lombocruralgie droite depuis quelques semaines entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite. Des investigations étaient en cours. L'incapacité de travail était totale dans l'activité de concierge et d'employée de maison. Il y avait une bonne compliance entre les plaintes et l'examen clinique. Le traitement consistait en la prise de tramal, de dafalgan et de valium (depuis le 5 novembre

2013). Une reprise du travail était difficile à évaluer car la symptomatologie était nouvelle et un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. [endif]>[if> 32. Le 15 novembre 2013, l'OAI a relevé qu'au moment de son accident le 27 août 2011, l'assurée était inscrite au chômage à un taux d'activité de 100%, de sorte qu'un statut d'active devait être retenu.[endif]>[if> 33. Par avis du 25 mars 2014, le docteur I_____, médecin praticien FMH auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), a relevé que suite à l'accident, l'assurée avait eu des contusions au coccyx, lombaire glutéale droite et une entorse de l'épaule droite. Les lombalgies et le problème à l'épaule avaient persisté. Suite à l'examen du médecin d'arrondissement le 13 juin 2012, la SUVA avait décidé de verser les indemnités journalières jusqu'au 30 juin 2012, étant donné que l'incapacité de travail n'était plus en lien avec les conséquences de l'accident. Selon le Dr I_____, il convenait de retenir que l'incapacité de travail était totale depuis le 27 août 2011. L'activité de femme de ménage n'était plus exigible, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles était exigible à 100% dès juin 2012. Les limitations fonctionnelles étaient le port de charges à 10 kg, ne pas monter sur des échelles ou des échafaudages, ne pas employer la main au-dessus du niveau du thorax, de l'épaule ou de la tête et ne pas travailler dans une position statique prolongée.[endif]>[if> 34. Par décision du 25 août 2014, confirmant un projet du 13 juin 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à des prestations de l'assurance-invalidité. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis le 27 août 2011, mais totale dans une activité adaptée depuis le mois de juin 2012. La comparaison en 2012 du salaire sans invalidité avec celui d'invalidité entraînait un degré d'invalidité de 10% (en tenant compte d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de l'activité légère), soit un taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à un reclassement professionnel. Enfin, une orientation professionnelle n'était pas nécessaire au vu du large éventail d'activités non qualifiées adaptées aux empêchements de l'assurée. Sur demande écrite et motivée de l'assurée, l'OAI était prêt à étudier un droit à une aide au placement.[endif]>[if> 35. Par acte du 25 septembre 2014, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et à des mesures professionnelles. La recourante souffrait de lombalgies et d'une déchirure musculaire à l'épaule droite qui la privait en partie de l'usage de son bras et une intervention était envisagée. Aucune activité manuelle répétitive n'était envisageable, ni les stations assise ou debout prolongées. [endif]>[if> 36. Par plis des 24 novembre et 5 décembre 2014, la recourante a notamment indiqué que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'une opération de son épaule était prévue le 6 février 2015. L'instruction du dossier par l'intimé apparaissait lacunaire.[endif]>[if> 37. Le 29 janvier 2015, la recourante a produit un rapport du Dr D_____ du 15 décembre 2014 et un rapport du Dr B_____ du 26 janvier 2015, résumant l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis le 29 août 2011. Le Dr B_____ a notamment expliqué que son examen effectué le 29 août 2011 montrait des signes clairs d'une atteinte des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite. Selon la recourante, le SMR n'avait pas décelé la tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux et il avait sous-évalué l'importance des douleurs lombaires sur sa capacité de travail. [endif]>[if> 38. Par réponse du 24 février 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision et il a joint un avis du SMR du 16 février 2015 auquel il se référait. Selon le docteur J_____, médecin auprès du SMR, le rapport du Dr B_____ reprenait les diagnostics déjà connus. Par ailleurs, même si une nouvelle opération était prévue selon le

rapport du Dr D_____, cette intervention ne pouvait que réduire les limitations déjà retenues par le SMR. Ainsi, l'intimé estimait que les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas.![endif]>![if> 39. Le 26 mars 2015, la recourante s'est étonnée que l'intimé soit en mesure d'anticiper sa rémission complète après l'intervention, sans solliciter aucun document. Le SMR avait retenu le 17 juillet 2012 une entorse à l'épaule droite, alors qu'il s'agissait d'une déchirure des rotateurs nécessitant une intervention chirurgicale. Or, aucune limitation n'avait été retenue pour cette atteinte. En l'occurrence, suite à son opération, la recourante devait effectuer de la physiothérapie et porter une attelle. Elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise judiciaire.![endif]>![if> 40. Le 13 avril 2015, l'intimé a fait valoir que dans son avis du 25 mars 2014, le SMR avait retenu des limitations fonctionnelles s'agissant de l'épaule droite de la recourante. Par ailleurs, les faits survenus postérieurement à la décision n'avaient pas à être pris en considération. ![endif]>![if> 41. Le 8 mai 2015, la recourante a souligné qu'elle avait présenté une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec rupture partielle du tendon du muscle supra-épineux et que jusqu'à l'intervention, elle ne pouvait pas utiliser son bras droit. Elle avait ainsi droit à une rente jusqu'au 30 avril 2015 en tout cas et elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise. Elle a joint un rapport rédigé le 31 mars 2015 par le docteur K_____, spécialiste FMH en radiologie, selon lequel l'échographie de l'épaule droite, suite à l'opération du 6 février 2015, révélait une importante réaction capsulaire gléno-humérale de type capsulite rétractile; la capsule était très douloureuse et avait perdu complètement son élasticité. La recourante a produit également un certificat d'incapacité de travail totale du 29 août 2011 au 30 avril 2015 établi par le Dr B_____.![endif]>![if> 42. Les 7 juillet et 30 septembre 2015, la recourante a indiqué être dans l'attente de pièces relatives à l'intervention chirurgicale de l'épaule.![endif]>![if> 43. Le 5 octobre 2015, la recourante a produit notamment: ![endif]>![if> - un rapport du 21 février 2014 du docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, selon lequel l'arthro-IRM du 20 février 2014 révélait une déchirure encore partielle de l'insertion distale du tendon du muscle sus-épineux presque transfixiante et accompagnée d'un conflit sous-acromial ; ![endif]>![if> - un rapport du 1 er avril 2014 du Dr D_____, sollicitant la convocation de la recourante par l'unité d'orthopédie des HUG en raison de douleurs sévères à l'épaule droite ; les investigations confirmaient la présence d'une déchirure presque transfixiante du tendon du sus-épineux. Malgré les traitements conservateurs, les douleurs persistaient et une réparation chirurgicale semblait nécessaire ;![endif]>![if> - un rapport du 9 juillet 2014 du docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, expliquant notamment qu'au vu de l'examen clinique et du bilan radiologique de l'épaule droite de la recourante, une indication chirurgicale était préconisée dès lors que le traitement conservateur n'était plus efficace à ce stade ;![endif]>![if> - un rapport du 6 novembre 2014 du docteur M_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, indiquant notamment que le diagnostic clinique était confirmé par l'imagerie qui mettait en évidence une rupture de stade I à II du sus-épineux avec une modification dégénérative au niveau de l'humérus proximal. Le biceps était subluxé dans sa gouttière au dépend du sub-scapulaire ;![endif]>![if> - un compte-rendu opératoire du 10 février 2015, établi par le Dr M_____, diagnostiquant à l'épaule droite, une rupture interstitielle SE, une tendinopathie du long chef du biceps et un conflit sous-acromial ;![endif]>![if> - une lettre de sortie du 12 février 2015 du Dr M_____ et du professeur N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et

traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG.![endif]>![if> La recourante a indiqué que l'appréciation du SMR ne pouvait être suivie et qu'elle était encore incapable de faire usage de son bras. 44. Par écriture du 23 octobre 2015, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR du 12 octobre 2015 qu'elle produisait. Selon le Dr J _____, l'arthro-IRM du 20 février 2014 ne montrait que la déchirure de la coiffe des rotateurs déjà connue, le compte-rendu opératoire confirmait une absence de sévérité des lésions ou de difficulté opératoire et les autres rapports signalaient la nécessité opératoire. Il en résultait une évolution post-opératoire favorable, ce qui confirmait les conclusions du SMR du 25 mars 2014, soit une pleine capacité de travail dans une activité ne sollicitant pas le membre supérieur droit. Selon l'intimé, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante et les faits survenus postérieurement à la décision litigieuse ne pouvaient pas être pris en considération. L'intimé persistait dans ses conclusions. ![endif]>![if> 45. Après avoir adressé cette écriture à la recourante, la chambre de céans a gardé la cause à juger.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. a. À 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.![endif]>![if> 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 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). b. En l'espèce, la décision litigieuse du 25 août 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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). 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 (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).![endif]>![if> 4. L'objet du litige porte sur la

question de savoir si la recourante a droit à des prestations d'invalidité, étant précisé que par décision du 8 juin 1999, entrée en force, le droit à une rente entière a été reconnu du 1^{er} juin au 31 juillet 1995. 5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108 ; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente. 6. 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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). 6. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 7. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 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 que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b.

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. À 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).

c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 8.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en

raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!endif]>![if> 9. Enfin, 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).!endif]>![if> 10. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations.!endif]>![if> 11. a. Dans le cadre de sa première décision d'octroi de rente d'invalidité limitée du 1^{er} juin au 31 juillet 1995, l'intimé a retenu qu'en raison des atteintes lombaires, la recourante présentait une incapacité de travail totale entre avril 1993 et mai 1995, date à partir de laquelle sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée.!endif]>![if> b. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante le 17 juillet 2012, l'intimé a considéré, dans sa décision litigieuse du 25 août 2014, que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès juin 2012. L'intimé s'est basé sur les conclusions du Dr I_____, médecin auprès du SMR. Par avis du 25 mars 2014, le Dr I_____ a indiqué que suite à l'accident, la recourante avait souffert de contusions au coccyx, lombaire glutéale droite et d'une entorse à l'épaule droite. Il convenait de retenir que l'incapacité de travail était totale depuis le 27 août 2011. L'activité de femme de ménage n'était plus exigible, mais une activité adaptée aux limitations fonctionnelles l'était à 100% dès juin 2012. c. On relèvera que les seuls diagnostics que retient le Dr I_____ dans son avis du 25 mars 2014 émanent d'un rapport non signé établi le 11 janvier 2012, soit plus de deux ans avant la notification de la décision litigieuse. Or, ces diagnostics ne correspondent pas aux atteintes constatées par la suite par les spécialistes ayant examiné la recourante. En effet, le Dr I_____ ne mentionne ni la lombosciatalgie L5 à gauche avec un léger déficit moteur sur hernie discale L4-L5 médiane et paramédiane gauche avec conflit radiculaire L5 gauche (rapport du Dr G_____ du 14 janvier 2013) qui justifiera l'intervention chirurgicale du 26 avril 2013, ni la lombosciatique L5-S1 gauche diagnostiquée après l'intervention chirurgicale (rapport de la Dresse H_____ du 28 mai 2013), ni l'apparition, à fin 2013, d'une lombocruralgie droite entraînant une limitation de la mobilisation du rachis lombaire et de la coxo-fémorale droite (rapport de la Dresse H_____ du 5 novembre 2013). Qui plus est, alors que cette spécialiste a indiqué que des investigations étaient en cours pour cette nouvelle symptomatologie, le SMR a rendu son avis final sans requérir au préalable le résultat de ces investigations. Par ailleurs, le Dr I_____ n'a pas non plus mentionné la rupture transfixiante et partielle du tendon du sus-épineux à droite diagnostiquée en octobre 2012 (rapports de la Dresse H_____ du 14 mars 2013 et de la Dresse H_____ du 10 septembre 2013) et l'épitrôchléite du coude droit chronique (rapport du Dr I_____ du 27 mai 2013), alors qu'une prise en charge chirurgicale de la déchirure tendineuse était pourtant évoquée (rapport de la Dresse H_____ du 14 mars 2013). S'agissant de la capacité de travail retenue par le Dr I_____, soit une capacité entière dans une activité adaptée à compter de juin 2012, force est de constater également qu'aucun rapport versé au dossier ne fixe une telle capacité à partir de cette date. Le Dr I_____ a ainsi posé de nouvelles conclusions, sans toutefois

porter une appréciation sur celles déjà existantes. En conséquence et pour l'ensemble de ces motifs, l'avis du Dr I_____ ne peut être, en l'état, suivi. Cela étant, s'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, la chambre de céans relèvera que les appréciations des spécialistes ne permettent pas de statuer sur les répercussions des atteintes que présente la recourante sur l'exercice d'une activité adaptée, et, le cas échéant, depuis quand et à quel taux. En effet, si le Dr D_____ a indiqué, le 4 septembre 2012, une capacité de travail dans une activité adaptée entre 50% et 100%, force est toutefois de relever que ce médecin s'est prononcé en prenant en considération uniquement l'atteinte lombaire et alors que l'état de santé de la recourante n'était, selon lui, pas encore stabilisé. Par ailleurs, la Dresse H_____ a fait état, dans son rapport du 10 septembre 2013, de l'absence de capacité de travail dans une activité adaptée, en précisant toutefois n'avoir pas assez de recul pour en juger. Le dossier ne contient donc pas les éléments utiles permettant une appréciation adéquate de la situation médicale de la recourante. À défaut d'informations fiables et suffisantes sur les troubles dont souffre la recourante, sur les éventuelles limitations fonctionnelles que ces troubles entraînent ainsi que sur leurs répercussions sur sa capacité de travail, la chambre de céans ne peut se prononcer sur la capacité de travail de la recourante, ni partant, procéder à une comparaison avec la situation prévalant au moment de l'octroi limité d'une rente entière d'invalidité (le 8 juin 1999) et se prononcer de manière définitive sur le degré d'invalidité de la recourante. 12. Il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise effectuée par des médecins indépendants. Les conditions jurisprudentielles d'un renvoi à l'administration sont d'autant plus remplies qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre par l'intimé. Il appartiendra aux experts de tenir compte de l'ensemble des atteintes à la santé de la recourante, de décrire les limitations fonctionnelles, de se prononcer sur sa capacité de travail, de même que sur une éventuelle diminution de rendement et enfin, de décrire quelle a été l'évolution de son état de santé depuis le 8 juin 1999. Puis l'intimé rendra une nouvelle décision. 13. Vu ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision querellée annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants. 14. Représenté par un mandataire, la recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 2'000.- à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). 15. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- 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.