

## GE\_GERICHTE A/748/2016 vom 21. September 2016

GE Cour de justice, 2016-09-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_748\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_748_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/748/2016 du 21 septembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/748/2016 del 21 settembre 2016

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 21.09.2016 A/748/2016

A/748/2016 ATAS/745/2016 du 21.09.2016 ( AI ) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/748/2016 ATAS/745/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 21 septembre 2016 4 ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINE 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), d'origine kosovare, née le \_\_\_\_\_ 1969, mariée, mère de trois enfants nés en 1992, 1994 et 1996, travaillait depuis le 1 er septembre 2007 comme femme de ménage auprès du Centre universitaire B\_\_\_\_\_, à raison de quarante heures par semaine, pour un salaire brut de CHF 4'000.- par mois.![endif]>![if> 2. En arrêt de travail à 100% depuis le 14 janvier 2009, l'assurée, par l'intermédiaire de Helsana assurances SA, assureur perte de gain maladie, a déposé une première demande de prestations (mesures professionnelles/rente) auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) en date du 8 septembre 2009. Elle souffrait d'hernies discales, de diabète de type II et de lombosciatalgies.![endif]>![if> 3. L'OAI avait requis l'apport du dossier de l'assureur-maladie indemnités perte de gain, Helsana.![endif]>![if> 4. Dans un rapport du 8 janvier 2010 à l'attention de l'OAI, la doctoresse C\_\_\_\_\_, médecine interne FMH, médecin traitant de l'assurée, avait diagnostiqué une hernie discale L5-S1 gauche luxée en contact avec S1 gauche, depuis novembre 2007, une hernie discale L4-L5 gauche, une lombosciatalgie gauche chronique et une neuropathie bilatérale nerf médian prédominant à droite, depuis décembre 2008, affections avec répercussion sur la capacité de travail. Le diabète de type II et l'état ferriprive depuis 2005 étaient sans influence sur la capacité de travail. L'activité de nettoyeuse n'était plus exigible. S'agissant d'une reprise de l'activité professionnelle, la Dresse C\_\_\_\_\_ indiquait qu'elle n'arrivait pas à se prononcer et qu'une expertise devrait être effectuée.![endif]>![if> Elle avait joint divers rapports médicaux, dont un rapport de la doctoresse D\_\_\_\_\_, neurologue FMH. 5. Dans un rapport du 14 avril 2010 à l'attention de l'OAI, répondant au service médical régional AI (SMR) qui demandait quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH à l'hôpital de La Tour, médecine du sport, avait diagnostiqué une hernie discale L5-S1 gauche depuis 2007. Du point de vue médical, l'activité exercée n'était plus exigible s'il n'y avait pas de chirurgie ; en cas de chirurgie, l'effet pouvait être positif.![endif]>![if> 6. Le 14 mai 2010, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin adjoint, service de neurochirurgie des HUG, avait procédé à une microdissectomie L5-S1 gauche. Lors de la consultation de neurochirurgie du 30 juin 2010, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin adjoint, avait relevé que les suites pos-opératoires avaient été initialement marquées par une discrète diminution des douleurs, qui se sont toutefois

aggravées de retour à domicile. En cas de persistance des douleurs, malgré le traitement, la physiothérapie et le repos, il proposait d'organiser une IRM lombaire afin d'exclure une éventuelle récurrence ou fibrose post-opératoire. [endif]> [if] 7. L'assurée avait fait l'objet d'un examen clinique rhumatologique auprès du SMR en date du 17 décembre 2010. Dans son rapport du 2 février 2011, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, avait diagnostiqué, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombosciatalgies gauches, non irritatives, non déficitaires dans un status post-cure de hernie discale L5-S1 gauche, une protrusion discale L4-L5 et des troubles dégénératifs postérieurs étagés. Sans répercussion sur la capacité de travail, il avait diagnostiqué une fibromyalgie, une pré-obésité et des signes électroneuro-myographiques pour un syndrome du tunnel carpien débutant des deux côtés. Le médecin avait noté à l'anamnèse que l'assurée avait été hospitalisée à deux reprises dans le service psychiatrique des HUG en 2004 et 2005 pour, selon elle, nervosité, tristesse et somnambulisme. Avant l'opération, elle était suivie par un psychologue du centre Appartenances, qu'elle n'avait plus revu depuis l'opération. Le médecin du SMR avait conclu à une capacité de travail de 50% dans les suites de la consultation neurochirurgicale du 30 juin 2010 dans l'activité habituelle d'employée d'entretien et de 100% dans une activité adaptée depuis le 30 juin 2010. [endif]> [if] 8. Par décision du 12 juillet 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 30 septembre 2010. Il a retenu qu'elle présentait une capacité de travail restreinte depuis le 15 janvier 2009, que dès le 30 juin 2010, elle présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de femme de ménage et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sa demande d'invalidité étant tardive, le droit à une rente entière était reconnu dès le 1<sup>er</sup> mars 2010 et s'éteignait dès le 1<sup>er</sup> octobre 2010. Cette décision, non contestée, est entrée en force. [endif]> [if] 9. Le 8 mai 2014, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI pour adultes (mesures professionnelles/rente), indiquant qu'elle présentait un status après opération d'une hernie discale, avec persistance d'un syndrome douloureux, des lombosciatalgies gauches et, de plus, des troubles dépressifs depuis 2007. [endif]> [if] 10. Par courrier du 12 mai 2014, l'assurée a été invitée à rendre plausible une aggravation de son état de santé depuis la dernière décision du 12 juillet 2011. [endif]> [if] 11. Dans un rapport du 29 juillet 2014 à l'attention de l'OAI, la Dresse C\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis le 12 juillet 2011 il n'existait aucune amélioration de la symptomatologie et que la présence d'une fibrose post-discectomie engainant la racine S1 à gauche expliquait la persistance d'une radiculalgie S1. Cette fibrose a été mise en évidence par une IRM du 4 juin 2012. Selon le médecin, un autre facteur entrainé en ligne de compte dans l'absence de guérison, qui est un nouvel élément. Il s'agit de l'évocation des événements traumatiques vécus par la patiente dans son pays d'origine. La praticienne n'avait pas eu la notion que la patiente avait été victime de violences. Son suivi psychologique était effectué par une psychologue d'Appartenances. L'assurée se plaignait de cauchemars, d'insomnies, de grande fatigabilité, de manque d'énergie. Elle ressentait de la peur à la vue d'un uniforme. Les douleurs ressenties pendant ses cauchemars continuaient le jour. En conclusion, trois nouveaux éléments motivaient la demande de la patiente : une fibrose L5-S1 englobant la racine S1 à gauche, une hernie discale L4-L5 à gauche ne répondant pas aux infiltrations et une symptomatologie psychique avec reviviscence du passé ayant un impact sur la symptomatologie somatique. La capacité de travail en tant que nettoyeuse restait à 0% depuis 2009. [endif]> [if] La Dresse C\_\_\_\_\_ a joint à son courrier divers rapports du service de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). Une IRM lombaire du

4 juin 2012 montrait un comblement de l'espace épidual antéro-latéral et latéral gauche compatible avec un élément de fibrose post-opératoire. Par ailleurs, il y avait la présence d'un discret œdème des plateaux vertébraux jouxtant le disque L5-S1 compatible avec de discrètes altérations de type Modic I. Le reste des données de l'IRM lombaire était inchangé par rapport à l'examen de 2009. 12. Dans un avis du 25 août 2014, le SMR a retenu une aggravation plausible de l'état de santé de l'assurée et a demandé d'instruire auprès de la Dresse C\_\_\_\_\_, des neurochirurgiens aux HUG, de même qu'auprès d'Appartenances. 13. Divers rapports ont été communiqués à l'OAI. La doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, électroneuromyographie, a établi un rapport à l'attention du médecin traitant le 9 mars 2012. L'examen clinique et neurologique orientait vers un léger syndrome cervical sans irradiation dans les membres supérieurs et un signe de Phalen positif aux deux poignets. L'examen neurologique ne montrait pas de progression de la neuropathie du nerf médian dans le canal carpien, il s'agissait d'une atteinte encore discrète. Concernant les plaintes des membres supérieurs, qui pourraient être radiculaires C7 bilatérales, ce point pourrait être précisé par des radiographies de la colonne cervicale et une IRM cervicale. Les douleurs dans les mains et les difficultés pour fermer les doigts pourraient évoquer une origine tendineuse. Dans un rapport du 28 février 2013 adressé à la Dresse C\_\_\_\_\_, la doctoresse I\_\_\_\_\_, cheffe de clinique du service de neurochirurgie des HUG avait diagnostiqué une lombosciatalgie S1 et L5 à gauche et un status post microdissectomie L5-S1 à gauche le 14 mai 2010. La nouvelle IRM lombaire du 11 février 2013 montrait une protrusion discale médiane et paramédiane gauche L4-L5 venant en conflit en refoulant la racine L5 à gauche en son émergence, et une zone de fibrose autour de la racine S1 à gauche, mais sans évidence de compression mécanique au niveau L5-S1. Elle proposait des infiltrations. Le 6 mai 2013, la Dresse I\_\_\_\_\_ indiquait à la Dresse C\_\_\_\_\_ que vu l'échec du traitement par infiltration, elle proposait de faire une ENMG pour la racine L5 et S1 à gauche. Elle proposait d'opérer le niveau L4-L5 qui montrait quand même une compression de la racine L5 vu la protrusion discale récessale et de revoir aussi le niveau L5-S1 pour une adhésiolyse de la racine S1 à gauche. 14. Le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les HUG ont communiqué à l'OAI copie des résumés de séjour. Il en résulte que l'assurée a été hospitalisée en clinique psychiatrique une première fois du 2 septembre 2003 au 15 septembre 2003, Il s'agissait d'une entrée non volontaire pour un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques et un probable état de stress post-traumatique. L'assurée, originaire du Kosovo, décrivait présenter épisodiquement des cauchemars et la sensation de revivre la violence qu'elle avait observée dans son pays. Elle décrivait des hallucinations auditives, avec des voix menaçantes. Sous traitement de Risperdal, les hallucinations auditives avaient progressivement disparu et la thymie s'était assez rapidement améliorée. L'assurée a été hospitalisée une seconde fois du 18 février 2005 au 11 mars 2005, pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Il s'agissait d'une deuxième hospitalisation en entrée non volontaire, pour un état dépressif chronique, décompensé, avec risque hétéro-agressif (violence contre ses enfants). La patiente était suivie par la consultation de médecine communautaire pour un état dépressif chronique se manifestant principalement par une symptomatologie anxieuse, des comportements violents à l'égard de ses enfants et une symptomatologie psychotique qui se manifeste par des voix qui l'appellent vers la mort et des sentiments de persécution lorsqu'elle se trouve dans les lieux publics. Un traitement d'Efexor, Risperdal et Stilnox a été prescrit. À la sortie, un suivi a été organisé à la consultation de médecine communautaire. 15. L'OAI a organisé un examen clinique rhumatologique

et psychiatrique au SMR. L'assurée a été examinée par le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, et la doctoresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. [endif]>[if> Sue le plan somatique, le Dr J\_\_\_\_\_ relève que la constitution d'une fibrose postopératoire L5-S1 gauche objectivée sur l'IRM du 4 juin 2012, dont des signes annonciateurs étaient déjà présents sur l'IRM du 12 avril 2010, ne se traduit pas par une aggravation du tableau clinique. Par rapport à l'examen clinique du Dr H\_\_\_\_\_ du 17 décembre 2010, il n'y a pas de diminution de la mobilité lombaire. Il en va de même concernant la hernie discale L4-L5 gauche, les douleurs s'étendant dans la région L5-S1 gauche étaient déjà signalées en 2009. Les images radiologiques ne se traduisent pas par une aggravation cliniquement objectivable. Enfin, l'arthrose des genoux objectivée sur les radiographies du 9 juillet 2013 est à un stade peu avancé, l'assurée n'a pas de plaintes concernant la face interne des genoux, la mobilité articulaire est bonne, de sorte qu'il n'y a pas lieu de retenir d'incapacité de travail pour cette arthrose débutante. Sur le plan ostéoarticulaire, le Dr J\_\_\_\_\_ ne retient pas d'incapacité de travail totale comme nettoyeuse et se rallie à l'appréciation faite par le Dr H\_\_\_\_\_, à savoir que la capacité de travail est de 50% dans l'activité de nettoyeuse et de 100% dans une activité adaptée. Du point de vue psychiatrique, la Dresse K\_\_\_\_\_ a noté à l'anamnèse que l'assurée aurait été victime de la maltraitance physique infligée par son père pendant l'enfance et qu'en 1997, elle aurait été victime de viol par des policiers serbes à la recherche de son mari connu pour des activités politiques. Entre 1997 et 2002, son état ne nécessite pas de prise en charge psychiatrique, ni de traitement psychotrope. En 2002, en revanche, elle a été suivie quelques mois par un psychiatre, puis a été hospitalisée à deux reprises, en 2003 et 2005 pour un état dépressif sévère avec symptômes psychotiques. Elle est suivie depuis 2005 par une psychologue à Appartenances, mais en 2010 elle n'avait plus de prise en charge psychiatrique. À ce jour, elle n'a aucun traitement antidépresseur, anxiolytique, hypnotique ou neuroleptique. L'examen clinique n'a pas démontré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. Le trouble dépressif récurrent est en rémission complète depuis 2010, il n'y a pas de symptômes en faveur d'un état de stress post-traumatique. En effet, l'assurée ne présente pas de flash-backs, ni cauchemars ou d'évitement des activités ou des situations pouvant réveiller le souvenir du traumatisme. Elle retourne au Kosovo une fois tous les deux ans. L'état psychique est stable depuis 2010. Par conséquent, sur le plan psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie aiguë ou chronique à caractère incapacitant et la capacité de travail est de 100% dans toute activité. En l'absence d'aggravation significative de l'état de santé, les médecins du SMR ont retenu, à l'instar du Dr H\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen du 17 décembre 2010, une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle d'employée d'entretien et de 100% dans une activité adaptée, depuis le 30 juin 2010. 16. Par décision du 9 février 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations, au motif que selon le SMR, les conclusions faites dans la première décision sont les mêmes aujourd'hui.[endif]>[if> 17. L'assurée interjette recours le 4 mars 2015. Elle conteste le refus de prestations et se réfère au certificat médical établi le 3 mars 2016 par la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale. Elle indique suivre la patiente depuis juin 2016 (?). Elle l'avait suivie quelques mois en 2004 dans le cadre de la consultation du centre migrants des Charmilles. Selon la praticienne, au fil du temps, une confiance s'est instaurée et finalement la patiente a pu raconter son histoire. Au printemps 1997, au

Kosovo, l'armée, qui cherchait son mari engagé en politique, est entrée en force chez elle. Elle a été battue et violée à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elle perde connaissance. Son fils a été jeté dans un coin et elle ne sait pas ce qu'il a vu. Elle n'en n'a jamais parlé à personne, sauf à la psychologue. Elle en veut énormément à son mari, aujourd'hui encore. Elle fait toujours des cauchemars, elle a toujours l'impression qu'ils vont revenir la chercher. Elle pense que si ses enfants vont mal, c'est à cause d'elle car elle a été une mère insupportable, agressive et triste. Quand elle est arrivée en Suisse, elle a essayé d'oublier, de refaire sa vie, de retravailler, mais cela été très dur. Elle a commencé à avoir des douleurs partout, sans pouvoir dire pourquoi, à mal dormir, à être en état d'hyper-vigilance, avec l'impression qu'il va y avoir une catastrophe et d'avoir toujours peur. Elle est devenue également très agressive envers son mari. Quant au fait qu'elle se rende au Kosovo chaque année et qu'elle devait ainsi être « guérie » de son traumatisme selon le SMR, la patiente a répondu qu'elle n'avait jamais dit à sa famille qu'elle avait été violée, qu'elle est obligée d'aller au Kosovo, mais que c'est une torture. Elle refuse de retourner dans son ancienne maison, malgré l'insistance de sa belle-famille. La situation de la patiente est très compliquée, elle présente toujours des signes de stress post-traumatique et a développé un syndrome douloureux chronique. Lors des expertises, elle n'a pas pu parler de son viol, car il s'agit pour elle de quelque chose de vraiment trop traumatisant et d'un secret de famille. Selon la Dresse M\_\_\_\_\_, il conviendrait de réévaluer la décision de refus de toutes prestations et de refaire une expertise psychiatrique. ![/endif]>![if> 18. Dans sa réponse du 4 avril 2016, l'OAI conclut au rejet du recours, considérant que le rapport d'examen bi-disciplinaire du SMR revêt pleine valeur probante. Il se réfère pour le surplus à l'avis du docteur N\_\_\_\_\_, médecin SMR, selon lequel on ne peut pas comprendre qu'il soit possible à la recourante de se rendre sur les lieux de son agression et ne pas pouvoir surmonter ses douleurs physiques et sa symptomatologie psychique lorsqu'elle est en Suisse. De même, on ne peut pas concevoir qu'avec les événements traumatisants survenus au Kosovo, il lui soit plus difficile de reprendre une activité professionnelle en Suisse. À l'évidence, les événements traumatisants de la guerre ne peuvent pas générer de telles conséquences en Suisse, s'il est possible à l'assurée de se rendre sur les lieux même de son agression. ![/endif]>![if> 19. Cette écriture a été communiquée à la recourante, qui n'a pas déposé d'observations dans le délai imparti.![endif]>![if> 20. Sur quoi, la cause a été gardée 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. 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). 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). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, 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 du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 ss LPGA.

Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, suite à sa nouvelle demande.

On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02

du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). 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).

7. 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<sup>er</sup> janvier 2008).

8. L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI, teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

9. 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).

10. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 9. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision du 11 juillet 2011, avec ceux prévalant au moment de la décision querellée. La chambre de céans constate que la recourante avait été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité jusqu'au 30 septembre 2010, date à laquelle elle a été supprimée. Cette décision était fondée notamment sur les conclusions du SMR, suite à l'examen clinique de la recourante. Le Dr H\_\_\_\_\_ avait retenu une incapacité de travail sur le plan somatique de 100% dans l'ancienne activité de nettoyeuse, puis de 50% dès le 30 juin 2010, et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée dès le 30 juin 2010. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité de la recourante était de 0%. Suite à la nouvelle demande, la recourante a été examinée par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, médecins au SMR. Sur le plan somatique, le Dr J\_\_\_\_\_ a constaté que les nouvelles trouvailles radiologiques étaient sans incidence sur la capacité de travail, en l'absence d'aggravation significative sur le plan clinique. La recourante ne présentait pas d'attitude d'épargne du rachis, il n'y avait pas de diminution de la mobilité lombaire, la mobilité articulaire des genoux était bonne. Il a en revanche observé une diminution des signes et symptômes de non organicité de Waddell et une diminution des points douloureux de fibromyalgie. Sur le plan psychiatrique, la recourante n'avait pas de suivi psychiatrique depuis 2010, ni de traitement médicamenteux et son état est stable. La psychiatre n'a retenu aucune pathologie aiguë ou chronique incapacitante. En conclusion, l'incapacité de travail sur le plan somatique était inchangée depuis le 30 juin 2010, à savoir 50 % dans l'activité de nettoyeuse, et la capacité de travail était toujours de 100% dans une activité adaptée. La chambre de céans constate que le rapport d'examen du SMR comporte une étude du dossier clinique et radiologique complète, qu'il comporte une anamnèse personnelle, familiale, professionnelle, ostéoarticulaire, psychosociale et psychiatrique. Les médecins ont pris en compte les plaintes de la recourante, ils ont procédé à une discussion et appréciation du cas circonstanciée et leurs conclusions sont claires et convaincantes. Partant, le rapport d'examen revêt pleine valeur probante. Le rapport établi par la Dresse M\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions du SMR. En particulier, il ne mentionne pas des faits qui n'auraient pas été portés à la connaissance du SMR. Les violences subies par la recourante durant son enfance et la guerre ont en effet été relevées par la psychiatre, de même que les hospitalisations en clinique psychiatrique en 2003 et 2005. Ce nonobstant, l'examen clinique effectué par la Dresse K\_\_\_\_\_ n'a pas mis en évidence de troubles psychiatriques incapacitants, étant relevé que depuis 2010, hormis un suivi psychologique, la recourante n'a pas de suivi psychiatrique, ni de traitement médicamenteux. Les arguments avancés par la Dresse M\_\_\_\_\_ ne permettent pas d'admettre une aggravation sur le plan psychiatrique. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du SMR. 10. Mal fondé, le recours est rejeté. 11. Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émoulement de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA

CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette.![endif]>![if> 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. ![endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDÉ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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