

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1479/2023

ATAS/191/2024

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 mars 2024

Chambre 10

En la cause

A _____
représentée par la docteure B _____ et le docteur C _____

recourante

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Joanna JODRY, Présidente; Saskia BERENS TOGNI et Pierre-Bernard
PETITAT, Juges assesseurs**

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1963, ressortissante italienne, arrivée en Suisse en 2015, a travaillé en qualité d'employée de maison jusqu'en juillet 2016, puis s'est inscrite auprès de l'office cantonal de l'emploi, qui lui a proposé un stage de formation dans un établissement médico-social (ci-après : EMS), du 24 avril au 25 août 2017. Parallèlement, dès janvier 2017, elle a réalisé des gains intermédiaires en travaillant en tant que nettoyeuse à temps partiel, jusqu'au 30 juin 2017. Elle est suivie par l'Hospice général depuis le 1^{er} novembre 2017.

b. Le 19 octobre 2017, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI), faisant état de céphalées, de douleurs au dos, à la jambe droite et au bras droit, depuis 2017, qui avaient entraîné une incapacité totale de travail du 22 au 28 mai et du 22 août au 18 septembre 2017.

c. Dans le cadre de l'instruction du dossier, le service médical régional (ci-après : SMR) de l'OAI a reçu plusieurs documents de radiologie, ainsi qu'un rapport établi le 25 janvier 2018 par la docteure B_____, spécialiste FMH en médecine générale. Le médecin traitant de l'assurée a diagnostiqué des lombalgies et des douleurs au coude et à l'avant-bras droit depuis 2016, ayant des répercussions sur la capacité de travail. À titre d'atteintes sans effet sur ladite capacité, elle a fait état d'une hypercholestérolémie, d'une hernie hiatale et d'une dysthyroïdie depuis 2015. Sa patiente ne pouvait pas monter et descendre les escaliers, marcher sur de longs trajets, fléchir le tronc, s'accroupir, soulever et porter des poids, travailler avec les bras en élévation. L'activité actuelle n'était plus exigible, mais la capacité de travail était entière dans une activité adaptée.

d. Par avis du 12 mars 2018, le SMR a conclu que l'assurée souffrait d'une chondropathie du coude droit et de lombalgies chroniques sur une atteinte dégénérative discale de L2 à S1, avec un spondylolisthesis modéré de L4 et une arthrose inter apophysaire, depuis le 22 août 2017. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée, depuis toujours. À titre de limitations fonctionnelles, le SMR a retenu que l'assurée ne devait pas monter et descendre des escaliers, effectuer de longues marches, des flexions du tronc, s'accroupir, porter des charges de plus de 10 kg et travailler avec les bras en élévation.

e. L'OAI a accordé à l'assurée des mesures d'intervention précoce sous la forme d'une observation professionnelle en qualité d'aide-lingère dans un EMS, du 18 avril au 20 mai 2018, puis des mesures de réadaptation, soit une orientation professionnelle consistant en un stage de lingère, devant se dérouler du 21 mai au 19 août 2018. Cette mesure a été interrompue par un arrêt de travail de l'assurée, dès le 8 août 2018.

f. Le 20 novembre 2018, la Dre B_____ et le docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, ont adressé de nouveaux rapports d'examen à l'OAI. Leur patiente souffrait d'une importante épicondylite du coude droit, d'une insertionnite distale modérée du triceps brachial, d'une cervicarthrose pluri-étagée marquée au niveau C5-C6 et C6-C7 avec un remaniement oedémateux sous-chondral, d'une dessiccation, et de protrusion discale postérieure circonférentielle, responsable d'une sténose foraminale modérée bilatérale au niveau C5-C6, plus marquée du côté droit. L'activité proposée à l'assurée dans une buanderie n'était pas du tout adaptée à ses atteintes physiques.

g. Par rapport du 27 novembre 2018, le SMR a constaté que les nouvelles pièces produites par l'assurée révélaient, en plus d'une importante épicondylite du coude droit, des cervicalgies chroniques en rapport avec une cervicarthrose de C5 à C7, responsable d'une sténose foraminale bilatérale, qui justifiaient de retenir des limitations fonctionnelles supplémentaires. L'assurée ne devait pas être exposée à des vibrations, effectuer des mouvements répétés de flexion-extension de la nuque, des rotations rapides de la tête, ni maintenir une position prolongée en flexion ou extension de la nuque.

h. Par décision du 27 novembre 2018, l'OAI a refusé d'accorder une rente d'invalidité à l'assurée, au motif que sa perte de gain s'élevait à 5% et était insuffisante pour ouvrir un tel droit.

Cette décision est entrée en force.

B. a. Le 27 octobre 2020, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, mentionnant des douleurs persistantes sur toute la colonne et aux bras, depuis 2010. Elle travaillait sur appel en qualité de gestionnaire d'intendance depuis le 1^{er} mars 2020 et était en incapacité totale de travail depuis le 5 mai 2020.

b. Dans un rapport du 11 novembre 2020, la Dre B_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente en raison de douleurs lombaires invalidantes et réfractaires aux anti-inflammatoires non stéroïdiens et aux séances de physiothérapie. Une IRM du 20 mai 2020 avait mis en évidence plusieurs lésions à l'origine de la symptomatologie douloureuse. Le docteur D_____, neurochirurgien, avait procédé à une infiltration locale de corticoïdes le 29 juin 2020, sans aucun bénéfice.

c. Le 9 février 2021, l'assurée s'est soumise à une chirurgie de décompression du canal lombaire étroit L4-L5, à une décompression récessale bilatérale L4-L5 et à une fenestration bilatérale L5-S1. Dans la lettre de sortie du 23 février 2021, le Dr D_____ a noté que l'évolution était très favorable, avec la disparition des symptômes radiculaires. Les douleurs lombaires postopératoires habituelles étaient calmées par des antalgiques simples.

d. Par rapport du 18 mars 2021, le Dr D_____ a relaté que l'assurée présentait encore quelques douleurs lombaires post-opératoires, mais que les douleurs dans

les jambes étaient bien améliorées, sans aucun déficit neurologique des membres inférieurs. Il avait proposé des séances de physiothérapie douce à commencer à deux mois de l'intervention. L'arrêt de travail était prolongé jusqu'à fin avril et une reprise serait alors discutée lors d'un contrôle.

e. Suite à une consultation du 26 avril 2021, le Dr D_____ a confirmé que l'évolution était favorable et que la patiente prenait encore occasionnellement quelques médicaments contre la douleur. L'assurée travaillant comme femme de ménage, il proposait de prolonger l'arrêt de travail d'un mois supplémentaire, avec ensuite une reprise à 50% pendant deux semaines. Il lui avait recommandé de vivre le plus normalement possible. Un contrôle était prévu en octobre 2021.

f. Le 26 avril 2021, la Dre B_____ a relevé une discrète amélioration et rapporté que les douleurs résiduelles post-opératoires étaient supportables et bien soulagées par les antalgiques et la physiothérapie.

g. Par rapport du 31 mai 2021, la Dre B_____ a diagnostiqué des lombalgies et une fibromyalgie. Sa patiente relatait des douleurs lombaires en péjoration depuis deux semaines qui irradiaient au niveau dorsal et aux membres inférieurs, ainsi que des paresthésies aux membres et un manque de force aux membres inférieurs. Les traitements médicamenteux et de physiothérapie étaient poursuivis et des séances de fasciathérapie introduites pour le probable syndrome douloureux chronique. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle depuis le 5 mai 2020. Les limitations fonctionnelles concernaient le travail en force, le soulèvement et le port de charges de plus de 5 kg, les flexions du tronc et l'accroupissement.

h. Par rapport du 13 septembre 2021, le SMR a conclu à une aggravation de l'état de santé de l'assurée, avec des lombalgies sur une hernie discale paramédiane gauche en conflit avec la racine L5 gauche, une chondropathie du coude droit, un spondylolisthésis modéré de L4 et des cervicalgies chroniques en rapport avec une cervicarthrose de C5 à C7. La capacité de travail était nulle depuis le 22 août 2017 en qualité de femme de ménage, mais totale dès le 26 avril 2021 dans une activité adaptée. À titre de restrictions, il a retenu que l'assurée ne pouvait pas stationner longtemps debout, marcher sur de longs trajets, monter et descendre les escaliers, soulever et porter des charges, s'accroupir, travailler avec la tête et les bras en élévation.

i. Le 16 septembre 2021, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de rejeter sa demande du 27 octobre 2020. Au terme de sa nouvelle instruction médicale, il considérait que l'état de santé s'était aggravé depuis le 5 mai 2020 (début du délai d'attente d'un an), date à laquelle la capacité de travail était nulle dans toutes activités professionnelles, y compris dans une activité adaptée. En revanche, dès le 26 avril 2021, ladite capacité était à nouveau entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Partant, les conclusions de sa décision du 27 novembre 2018 demeuraient inchangées. À l'échéance du délai d'un an, à

savoir au 5 mai 2021, l'intéressée ne présentait pas d'incapacité de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées.

j. Par courrier du 7 octobre 2021, cosigné par la Dre B_____ et le Dr C_____, l'assurée s'est opposée au projet de décision précité. Elle a indiqué qu'elle souffrait de fibromyalgie depuis de nombreuses années et que ledit diagnostic avait été évoqué en 2006 déjà par un orthopédiste italien. Cette symptomatologie avait en outre été aggravée par une hernie discale en L4-L5 diagnostiquée en 2020. Malgré la réussite technique de l'intervention de février 2021, la symptomatologie douloureuse était en aggravation. Elle souffrait de céphalées, de cervicobrachialgies bilatérales, de dorsolombalgies avec par moments une irradiation aux membres inférieurs, d'arthralgies et de myalgies diffuses, de sommeil non réparateur et de fatigabilité chronique, et d'une péjoration d'un état anxieux et dépressif depuis une année, étant précisé qu'elle était suivie par un psychiatre. La Dre B_____ et le Dr C_____ l'avaient soumise « aux tests officiels » pour la fibromyalgie, lesquels étaient nettement positifs. Son impotence l'empêchait de pratiquer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit. L'incapacité de travail était donc totale depuis le 5 mai 2020, pour une durée indéfinie.

k. Le 27 octobre 2021, le SMR a suggéré la reprise de l'instruction médicale, notamment au niveau psychiatrique.

l. Dans un rapport du 18 novembre 2021, la docteure E_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent (F33.11), épisode actuel moyen avec syndrome somatique. Elle suivait la patiente depuis le 8 septembre 2021. Les limitations fonctionnelles consistaient en un trouble de la concentration et de l'attention, un ralentissement psychomoteur, verbal et idéomoteur, un isolement social, une vulnérabilité au stress et une procrastination. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le mois de septembre 2021 pour des raisons psychiatriques. Une réévaluation de la situation après un délai de six mois de traitement antidépresseur s'imposait.

m. En date du 27 juin 2022, la Dre E_____ a constaté que l'état psychique était stationnaire et confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Compte tenu de l'ensemble du tableau clinique, elle considérait que la capacité de travail médico-théorique demeurait nulle d'un point de vue psychiatrique. En sus des limitations déjà énumérées, elle a signalé des difficultés d'endurance et d'évolution au sein d'un groupe. La capacité de travail ne pourrait augmenter qu'à 50%.

n. Le 18 janvier 2023, la Dre E_____ a confirmé les termes de son précédent rapport. L'état de santé de sa patiente demeurait stationnaire.

o. Dans un rapport du 30 janvier 2023, le SMR a considéré qu'en raison de ses atteintes somatiques et psychiatriques, l'assurée ne présentait aucune capacité de

travail dans le marché de l'économie libre. Ladite capacité était nulle dans l'activité habituelle de gouvernante et de nettoyeuse depuis le 22 août 2017. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins traitants, la capacité de travail avait été nulle du 5 mai 2020 au 25 avril 2021, entière du 26 avril au 31 août 2021, et à nouveau nulle dès le 1^{er} septembre 2021. Le début de l'aptitude à la réadaptation était arrêté au 26 avril 2021.

p. Par décision du 24 mars 2023, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} septembre 2022. En effet, à l'échéance du délai d'attente d'un an, soit le 5 mai 2021, l'intéressée ne présentait pas une incapacité de gain suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité, dès lors que sa capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée. À partir du 1^{er} septembre 2021, son incapacité de travail était totale dans toute activité. Ainsi, à l'échéance du nouveau délai de carence d'une année, soit le 1^{er} septembre 2022, l'assurée avait droit à une rente.

C. a. Par courrier du 28 avril 2023, la Dre B_____ et le Dr C_____ ont indiqué à l'OAI que leur patiente contestait la décision du 24 mars 2023. Des certificats médicaux établissaient une reprise partielle puis totale le 26 avril 2021, mais l'assurée n'avait jamais repris le travail depuis le 5 mai 2020. Les diagnostics retenus, soit un status post cure d'hernie discale au niveau L4-L5, une fibromyalgie, une protrusion discale postéro-médiane avec une sténose canalaire et une arthrose inter-apophysaire postérieure bilatérale pluri-étagée, justifiaient l'octroi d'une rente d'invalidité à 100%.

Ils ont joint des certificats médicaux attestant d'une totale incapacité de travail du 5 mai 2020 au 8 février 2022, et de 50% dès le 10 février 2023.

b. Le 3 mai 2023, l'OAI a communiqué ledit courrier à la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans) comme objet de sa compétence.

c. Le 1^{er} juin 2023, l'assurée a transmis à la chambre de céans une procuration donnant pouvoir à la Dre B_____ et au Dr C_____ de la représenter en justice.

d. Dans sa réponse du 4 juillet 2023, l'OAI a conclu au rejet du recours, considérant que l'écriture de la recourante n'apportait aucun élément lui permettant de modifier son appréciation des faits.

e. La chambre de céans a invité la recourante à faire part d'éventuelles observations et à joindre toutes pièces utiles à l'appui de son recours.

f. Sans nouvelles de l'intéressée, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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).

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.
3. Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82a LPGA *a contrario*).
4. Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8 février 2023 consid. 2.2.3).

La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 précité consid. 2.2.2).

En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Toutefois, il n'est pas contesté qu'une modification des circonstances est survenue avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

5. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable.
6. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, étant rappelé que ce dernier a rejeté la première demande de l'intéressée par décision du 27 novembre 2018, entrée en force, et lui a accordé une rente entière à compter du 1^{er} septembre 2022, suite à sa seconde demande de prestations.
7. En application de l'art. 87 al. 2 et 3 RAI, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3 ; ATF 125 V 412 consid. 2b ; ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_137/2018 du 3 septembre 2018 consid. 2.2).

Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, après avoir nié le droit à une prestation, l'examen matériel doit être effectué de manière analogue à celui d'un cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 108 consid. 5 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 130 V 71 consid. 3.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_899/2015 du 4 mars 2016 consid. 4.1 et les références).

7.1 Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas

(ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références).

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. En effet, la base de comparaison déterminante dans le temps pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente est constituée par la dernière décision entrée en force 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 (ATF 147 V 167 consid. 4.1 et la référence).

Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9).

7.2 Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, 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. 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).

L'art. 28 al. 2 LAI prévoit que 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.

À teneur des art. 16 LPGA et 28a al. 1 LAI, 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.

Conformément aux art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail

(art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

Selon une jurisprudence constante, une aggravation de l'état de santé ne justifie pas, en principe, un nouveau cas d'assurance. Toutefois, si les causes de l'invalidité sont matériellement différentes, un nouvel événement assuré survient (arrêts du Tribunal fédéral 8C_93/2017 du 30 mai 2017 consid. 4.2 et 9C_592/2015 du 2 mai 2015 consid. 3.2). La jurisprudence a également admis qu'un nouveau cas d'assurance pouvait survenir même si une première atteinte à la santé était toujours présente et causait une incapacité de travail lorsqu'une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte apparaissait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_697/2015 du 9 mai 2016 consid. 5).

8. 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).

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).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

- 10.** En l'espèce, il est rappelé que l'intimé a rejeté la première demande de prestations de la recourante, par décision du 27 novembre 2018 entrée en force, au motif que l'intéressée disposait d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée et que le degré d'invalidité, fixé à 5%, était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

La recourante a déposé une nouvelle demande le 27 octobre 2020, mentionnant être en incapacité totale de travail depuis le 5 mai 2020 en raison de douleurs persistantes sur toute la colonne et le bras. L'intimé est entré en matière, de sorte qu'il convient de traiter l'affaire au fond et de vérifier si une modification du degré d'invalidité est intervenue depuis le mois de novembre 2018.

10.1 Dans ses avis des 12 mars et 27 novembre 2018, le SMR avait retenu les diagnostics de chondropathie et d'épicondylite du coude droit, de lombalgies chroniques sur une atteinte dégénérative discale de L2 à S1 avec un spondylolisthésis modéré de L4 et une arthrose inter apophysaire, de cervicalgies chroniques en rapport avec une cervicarthrose de C5 à C7, responsable d'une sténose foraminale bilatérale.

Il a considéré que ces troubles n'étaient pas compatibles avec l'exercice de l'activité habituelle d'employée de maison ou de nettoyeuse, mais que l'intéressée demeurerait apte à travailler à temps complet dans une activité adaptée.

Les limitations fonctionnelles comprenaient la montée et la descente d'escaliers, la marche sur de longs trajets, les accroupissements, les flexions du tronc, les flexion-extension répétées de la nuque, les rotations rapides de la tête, la position prolongée en flexion ou extension de la nuque, le port de charges de plus de 10 kg, le travail avec les bras en élévation, ainsi que l'exposition à des vibrations.

10.2 Suite à la nouvelle demande, le SMR a admis, dans son rapport du 13 septembre 2021, que l'état de santé somatique de la recourante, qui avait dû subir une intervention chirurgicale le 9 février 2021, s'était temporairement aggravé depuis le prononcé de la première décision, puisqu'il a tenu compte d'une incapacité de travail totale, dans toute activité, du 5 mai 2020 au 26 avril 2021.

La recourante conteste cette appréciation et fait valoir qu'elle n'a jamais repris le travail depuis le 5 mai 2020.

La chambre de céans constate toutefois que la détermination du SMR repose sur les rapports des médecins traitants de la recourante. Elle relève en particulier que le Dr JENNY a considéré que l'évolution était favorable suite à l'opération du 9 février 2021. Il a indiqué, dans son rapport du 18 mars 2021, que l'arrêt de travail était prolongé jusqu'à fin avril et qu'une reprise serait alors discutée. Le 26 avril 2021, il a expliqué qu'il proposait de prolonger l'incapacité de travail d'un mois supplémentaire, car l'intéressée travaillait comme femme de ménage.

Ainsi, si la recourante avait exercé une activité adaptée, compatible avec les restrictions retenues lors du prononcé de la première décision, le chirurgien aurait mis un terme à l'arrêt de travail à cette date au plus tard. Dans son rapport du 26 avril 2021, la Dre B_____ a elle aussi fait état d'une amélioration de la symptomatologie douloureuse et signalé que les douleurs résiduelles post-opératoires étaient bien soulagées par le traitement. Partant, sur la base de ces informations, le SMR était fondé à conclure que la recourante avait récupéré une pleine capacité de travail dans une activité adaptée dès le 26 avril 2021.

Les indications sommaires contenues dans le rapport du 31 mai 2021 de la Dre B_____, qui a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le 5 mai 2020, ne sont pas propres à remettre en cause cette appréciation. En effet, la chambre de céans observe d'emblée que la médecin traitante a été invitée à se déterminer sur la capacité de travail sous l'angle de l'activité habituelle et qu'elle ne s'est pas expressément déterminée sur l'aptitude dans un métier adapté. Au niveau des diagnostics, elle relève que la Dre B_____ a mentionné dans ce document que sa patiente souffrait de lombalgies et de fibromyalgie, et qu'il ressort de l'opposition de la recourante du 7 octobre 2021, cosignée par ses médecins, que cette seconde atteinte était déjà connue lors du dépôt de la première demande de prestations. Or, à cette époque, la Dre B_____ n'avait pas signalé ce diagnostic et elle estimait que sa patiente disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En l'absence de toute explication, rien ne permet de penser que cette atteinte, que la recourante n'a pas non plus évoquée à l'appui de ses demandes, aurait alors eu des répercussions sur sa capacité de travail. La médecin traitante n'a d'ailleurs pas fait état de symptômes en lien avec cette pathologie, puisqu'elle a rapporté que sa patiente souffrait de douleurs lombaires, avec des irradiations dorsales et aux membres inférieurs et des dysesthésies aux membres inférieurs. Enfin, elle a précisé que ces troubles étaient en péjoration depuis deux semaines, soit postérieurement au 26 avril 2021, date à laquelle elle avait relaté que les douleurs résiduelles post-opératoires étaient bien soulagées par le traitement prescrit.

Les informations médicales mentionnées dans l'opposition du 7 octobre 2021 ne permettent pas non plus de douter de la pertinence de l'évaluation du SMR quant à la capacité de travail dans une activité adaptée entre le 26 avril et le 8 septembre 2021. Il sera en particulier rappelé qu'aucun élément ne laisse supposer que la fibromyalgie aurait eu une incidence sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée durant la période litigieuse. De surcroît, les médecins n'ont pas précisé la date à laquelle ils avaient réalisé les tests pour la fibromyalgie.

10.3 Après avoir repris l'instruction du dossier suite au courrier de la recourante du 7 octobre 2021 faisant état de troubles psychiques, l'intimé a reçu plusieurs rapports de la Dre E_____. La psychiatre traitante a notamment indiqué suivre la

recourante depuis le 8 septembre 2021 et attesté d'une totale incapacité de travail depuis lors. Le SMR a fait siennes ces conclusions.

L'intimé a considéré, à bon droit, que le trouble psychique dont souffre la recourante depuis le mois de septembre 2021 constitue une nouvelle atteinte à la santé totalement distincte de la précédente, et représente donc un nouveau cas d'assurance ouvrant un nouveau délai d'attente d'un an. Il a donc admis le droit à une rente entière dès le 1^{er} septembre 2022, ce qui n'est au demeurant pas critiqué par la recourante.

- 11.** Dans ces circonstances, la chambre de céans considère que les conclusions du SMR peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Elle tiendra donc pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'état de santé de la recourante s'est aggravé suite au prononcé de la décision du 27 novembre 2018, que l'intéressée a présenté une période d'incapacité totale de travail du 5 mai 2020 au 26 avril 2021 et qu'elle a été à nouveau apte à exercer une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, et ce jusqu'au 8 septembre 2021.

- 12.** Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
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.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Joanna JODRY

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le