

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2044/2013

ATAS/969/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 3 septembre 2014**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par  
PROCAP Service juridique

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBÀ et Olivier LÉVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née le \_\_\_\_\_ 1979, a effectué sa scolarité obligatoire au Portugal. Elle a travaillé ensuite comme vendeuse dans son pays. L'assurée a travaillé comme dame de buffet, blanchisseuse-repasseuse, aide de cuisine de 1992 à mars 2004 dans divers hôtels en Suisse, puis d'avril à octobre 2004, elle a été engagée comme vendeuse dans une boulangerie. En dernier lieu, elle a travaillé comme nettoyeuse auprès de B\_\_\_\_\_ SA, à raison de 2 heures par jour, pour un salaire horaire de CHF 17,35, ce jusqu'au 31 décembre 2006.
2. Dès le 15 novembre 2004, l'assurée a touché des indemnités de l'assurance-chômage sur la base d'un gain assuré de CHF 3'500.-.
3. Le 16 novembre 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison de troubles respiratoires en rapport avec une allergie à la poussière. Elle a joint un certificat du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, maladies allergiques et acupuncture, du 9 septembre 2005, confirmant qu'elle présentait une affection respiratoire allergique chronique envers les acariens et qu'un poste de travail exempt de poussière, de particules aéroportées ou de gaz irritant était nécessaire, ainsi qu'un rapport d'observation des maîtres socio-professionnels de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), daté du 29 septembre 2006. Aux termes de ce rapport, l'assurée, qui présentait des cervicalgies et lombalgies chroniques ainsi que des paresthésies dans la main droite, ne pouvait pas effectuer des travaux fins, et des recherches dans le domaine du conditionnement ou petit montage apparaissaient comme une bonne piste de conversion. Les activités de service, telles que travail en cafétéria ou tea-room étaient exclues.
4. Dans un rapport du 20 novembre 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rhinite chronique à composante allergique et des épistaxis antérieures, sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée pouvait exercer toute activité exempte de poussières, de particules aéroportées ou de gaz irritants.
5. Les docteurs D\_\_\_\_\_, médecin traitant, et M. E\_\_\_\_\_, médecin répondant, de la Permanence médico-chirurgicale de Chantepoulet, ont établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 8 janvier 2007. Les médecins précités ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chimiques sur atteinte du disque L4-L5 et L5-S1 avec présence d'une protrusion, un état dépressif chimique, une obésité (BMI à 37) et un symptôme cervico-brachial. L'incapacité de travail était de 100% depuis le 7 novembre 2006. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, telle que réceptionniste ou surveillante de musée, la capacité de travail était de 100%.
6. Dans un rapport à l'attention du médecin traitant du 1<sup>er</sup> mars 2007, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, indiquait que

l'examen clinique avait mis en évidence des troubles de la posture liés au surpoids et une contracture de la musculature para lombaire, sans atteinte neurologique. Le seul traitement passait par une perte de poids et une activité physique régulière. La patiente pouvait travailler à 100% dans une activité sans port de charge, sans mouvements répétés du rachis et sans station debout prolongée.

7. Par avis du 18 janvier 2008, le Service médical AI (ci-après SMR) a confirmé l'avis des divers médecins, selon lesquels la capacité de travail était nulle dans les activités antérieures, mais l'exigibilité était entière dans une activité adaptée. L'obésité, qui est un facteur défavorable, ne fait pas partie des atteintes à la santé prises en compte par l'AI. Pour le reste, la description des symptômes de l'état dépressif mentionné par le Dr D\_\_\_\_\_, traité par antidépresseur, ne correspondait pas à une atteinte d'une gravité telle qu'elle puisse provoquer une incapacité de travail de longue durée.
8. Par décision du 28 février 2008, entrée en force, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente à l'assurée, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'après comparaison des revenus, elle ne subissait pas de perte de gain.
9. Le 9 février 2010, l'assurée a présenté une nouvelle demande, visant à l'octroi d'une rente, en raison d'une incapacité de travail totale depuis le 16 décembre 2006. Elle précisait être suivie par un psychiatre depuis le 12 février 2008, pour une dépression.
10. Le 19 février 2010, le docteur G\_\_\_\_\_, médecin psychiatre à la Permanence médicale de Chantepoulet, a mentionné qu'il suivait la patiente depuis le 12 février 2008 en raison d'une dépression majeure. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère F33.2. La patiente avait été mise sous traitement antidépresseur, anxiolytique et somnifère, avec un suivi hebdomadaire. Elle s'était investie au travail psychothérapeutique, mais montrait de la difficulté à se stabiliser en raison de ses douleurs somatiques invalidantes. Ces derniers temps, son état psychique s'était péjoré suite à la maladie de sa mère au Portugal.
11. Dans un rapport du 24 février 2010, le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a confirmé suivre la patiente à sa consultation depuis le 31 juillet 2008 pour des lombalgies basses avec aggravation depuis fin 2007, malgré un traitement conservateur et une médication anti-inflammatoire et antalgique.
12. Le Dr D\_\_\_\_\_ a relevé dans son certificat médical du 25 février 2010 que la patiente souffrait d'un syndrome douloureux dorso lombaire chronique sur discopathie sévère associé à des paresthésies de la main droite, d'obésité morbide avec restriction de la mobilité et gonalgies bilatérales, et d'un état anxieux dépressif moyen à sévère nécessitant un suivi psychiatrique.
13. Selon les renseignements communiqués par la Régie I\_\_\_\_\_ SA, l'assurée avait travaillé comme concierge depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2005, à raison de 12 h par semaine

---

pour un salaire mensuel de CHF 1'215.-, puis de 2 h par semaine depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2008, pour un salaire mensuel de CHF 205.-.

14. Dans son rapport du 20 avril 2010 à l'attention de l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, et attesté une incapacité de travail à 100% depuis le 12 février 2008.
15. A teneur du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 16 avril 2010, la patiente présentait des limitations fonctionnelles dans toutes les activités.
16. Le Dr H\_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 5 août 2010. Il a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques secondaires à des discopathies L4-L5, L5-S1, syndrome de micro-instabilité L5-S1 et arthrose facettaire postérieure, avec aggravation depuis fin 2007, des cervicalgies chroniques (uncarthrose C4.C5.C6) et céphalées tensionnelles depuis 2009, un état dépressif chronique depuis décembre 2006, une hyperréactivité bronchique, une allergie aux acariens, une dermatite de contact (caoutchouc), ainsi qu'une obésité et un déconditionnement physique depuis 2008. L'activité de femme de chambre n'était plus possible depuis décembre 2006. Au titre des limitations fonctionnelles, la patiente devait alterner la position assise/debout, éviter de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, la position accroupie, à genoux, de soulever des charge supérieures à 3 – 5 kg. La capacité de résistance était limitée en raison des douleurs chroniques rachidiennes.
17. Sur proposition du SMR, l'OAI a mis en œuvre une expertise bidisciplinaire et mandaté les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'assurée a été examinée les 14 mars et 3 mai 2011. Selon le rapport d'expertise du 5 mai 2011, les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail sont, sur le plan somatique, des rachialgies chroniques et des troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a été diagnostiqué des difficultés d'adaptation face à des deuils et une personnalité avec traits dépendants. Dans l'appréciation du cas, l'expert rhumatologue a expliqué que l'examen clinique avait montré quelques signes de surcharges fonctionnelles, dont l'ensemble du tableau était insuffisant pour retenir les critères d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie, raison pour laquelle il n'avait pas retenu ce diagnostic. Les plaintes douloureuses ont été intégrées dans une diminution du seuil de tolérance à la douleur. Du point de vue thérapeutique, la capacité de travail était entière dans une activité légère, excluant les ports de charges au-delà de 5 kg, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, l'activité devait favoriser l'alternance de la position assise et debout mais la position statique au-delà de 30 minutes devait être exclue.

Sur le plan psychiatrique, l'expert a exclu une atteinte dépressive d'intensité significative, au vu de l'excellence des capacités cognitives, du fait que l'expertisée était capable de lire, qu'elle avait une très bonne image d'elle-même, sans

anhédonie ni aboulie, et que sa vie sociale était décrite comme riche. La capacité de travail de l'assurée, du point de vue psychiatrique, était totale dans toutes activités et elle pouvait s'adapter à son environnement professionnel. En définitive, la capacité de travail était de 100 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement.

18. Le projet de décision de refus de rente du 31 mai 2011 a été contesté par l'assurée, représentée par son mandataire.
19. A l'issue d'un entretien avec l'assurée, le service de réadaptation professionnelle a proposé de lui accorder une orientation professionnelle en vue de placement en entreprise auprès des Etablissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) à Genève, du 20 février au 20 mai 2012.
20. Dans un rapport du 17 avril 2012, le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a précisé suivre la patiente depuis le 22 novembre 2011. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique. L'incapacité de travail était de 100% depuis décembre 2006. Les restrictions étaient dues aux douleurs rachidiennes chroniques extrêmement fortes, aux allergies multiples, aux difficultés de concentration, de mémoire, ainsi qu'à la diminution marquée du seuil de tolérance au stress.
21. Le 28 juin 2012, le Dr L\_\_\_\_\_ a mentionné que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire depuis son dernier rapport, que la capacité de travail était nulle dans le poste occupé auparavant depuis décembre 2006 et que la capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée par l'OAI.
22. Les EPI ont rendu leur rapport le 5 juillet 2012. Durant le stage d'ouvrière de conditionnement à mi-temps en entreprise, l'assurée a rapidement montré des signes d'inconfort au niveau des lombaires, qui a pu être en partie amélioré par l'utilisation d'un siège ergonomique spécial pour les lombaires avec appui sur les genoux. L'assurée doutait pouvoir travailler au-delà d'un mi-temps pour le moment à cause de la fatigue ressentie après 4 heures d'activité et de ses douleurs au dos. Ses aptitudes sociales ont été irréprochables en entreprise. En raison des soins suivis quotidiennement par l'assurée, les EPI n'ont pas pu l'évaluer au-delà du mi-temps. S'agissant des capacités physiques, les EPI ont conclu que compte tenu de ce qu'a montré l'assurée, - qui s'était mise dès le début du stage en situation de sur adaptation car elle voulait faire au mieux toutes les activités proposées -, un emploi à 100% dans le circuit économique normal n'était pas envisageable. Ils ont proposé de poursuivre la mesure à 50% dans une activité simple, pratique et légère afin d'objectiver si cette diminution du temps de travail était susceptible d'améliorer la résistance tout en évitant l'aggravation de l'état de santé.
23. Selon le rapport du Dr H\_\_\_\_\_, du 24 juillet 2012, l'état de santé était resté stationnaire depuis 2011, la patiente avait été contente du stage, mais il lui avait aggravé ses douleurs du dos, elle dormait mal et devait prendre des médicaments. La capacité de travail était de 50% dans le poste de travail occupé, entraînant

toutefois des difficultés déjà après 2-3 jours. L'IRM lombaire du 31 mai 2012 a montré une protrusion discale médiane et paramédiane droite en L4-L5, une arthrose sévère des massifs postérieurs L4-L5 et L5-S1, ainsi qu'une arthrose avérée des massifs articulaires postérieurs L3-L4 des deux côtés. La radiographie de la colonne cervicale pratiquée le même jour a montré un aspect normal du rachis cervical.

24. Le 23 janvier 2013, la conseillère en réadaptation a clos le mandat de placement, l'état de santé de l'assurée semblant actuellement incompatible avec un emploi en économie normale.
25. Par décision du 22 mai 2013, l'OAI, de fondant sur l'avis du SMR du 10 mai 2013, a refusé l'octroi de toutes prestations, motif pris que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'était modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.
26. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a interjeté recours en date du 24 juin 2013, concluant à l'annulation de la décision. Elle fait valoir en substance que son état de santé a évolué défavorablement depuis le précédent refus de prestations et qu'elle a rendu plausible une telle aggravation dès lors que l'intimé est entré en matière. La recourante se réfère aux documents médicaux, au rapport des EPI et conclut à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire afin de clarifier les répercussions de ses atteintes à la santé sur la capacité de travail. Le rapport d'expertise rhumatologique ne peut servir de base à la décision, au vu de l'évolution défavorable. La recourante a communiqué deux rapports médicaux. Il ressort du rapport du Dr L\_\_\_\_\_ daté du 7 juin 2013 les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique (F 33.2) et trouble mixte de la personnalité (F 61). Le pronostic est décrit comme sombre et évoluant vers la chronicité. Selon l'évaluation clinique et l'expérience du psychiatre, la patiente était actuellement en incapacité totale de travailler. Le Dr H\_\_\_\_\_ quant à lui s'étonne de la décision de l'OAI et confirme son appréciation de 2012, à savoir que la patiente est en incapacité de travail totale dans l'activité de nettoyeuse et à 50 % dans une activité adaptée (rapport du 8 juin 2013).
27. Dans sa réponse du 22 août 2013, l'intimé considère que l'expertise 5 mai 2011 a valeur probante et que la capacité de travail exigible est de 100%. Si l'observation professionnelle s'était faite sur un mi-temps, c'était pour tenir compte des traitements en cours. L'intimé conclut au rejet du recours, la mise en place d'investigations complémentaires s'avérant inutile. Il a joint copie de l'avis du SMR du 7 août 2013, aux termes duquel ce dernier estime qu'un complément d'instruction médicale, sous forme de complément d'expertise rhumatologique-psychiatrique se justifie, étant donné l'ancienneté des documents médicaux sur lesquels repose la décision attaquée.
28. Par écriture du 17 septembre 2013, la recourante déclare adhérer totalement à la proposition du SMR de procéder à un complément d'expertise rhumato-

psychiatrique. Les motifs de l'intimé pour refuser de telles investigations doivent ainsi être écartés. La recourante dépose à la procédure un rapport du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, daté du 27 juin 2013, précisant que la patiente lui avait été adressée en novembre 2012 par son médecin traitant en raison de l'obésité, compliquée de problèmes ostéo-articulaires. Cette obésité est d'origine multifactorielle (notamment anamnèse positive, troubles du comportement alimentaire). La chronologie de la prise de poids révèle une accélération importante entre 2006 et 2008, avec une modeste perte suite à une prise en charge spécialisée aux HUG, puis une nouvelle prise pondérale au cours des deux dernières années. L'aggravation de l'état de santé au cours des dernières années illustre le cercle vicieux qui s'est installé entre l'excès de poids, les douleurs lombaires et la sédentarité qui en découle. Il est évident que le contexte psychosocial contribue à une anxiété qui est souvent déclencheur des troubles du comportement alimentaire.

29. Dans sa duplique du 28 octobre 2013, l'intimé relève que le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision litigieuse ne suffit pas en soi à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant. Les avis médicaux postérieurs à l'expertise n'apportent pas d'éléments objectifs susceptibles de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Une aggravation de l'état de santé ou une nouvelle atteinte à la santé n'ont ainsi pas été mises en évidence.
30. Le 29 janvier 2014, la recourante a communiqué à la chambre de céans un rapport médical du Dr M\_\_\_\_\_, daté du 23 janvier 2014, ainsi que ses annexes, dans lequel il relève qu'un bilan neurologique effectué en novembre 2013 a révélé un syndrome du tunnel carpien, et qu'une échographie du membre supérieur gauche effectuée le 18 décembre 2013 a mis en évidence des signes en faveur d'une capsulose rétractile de l'épaule et du coude gauches.
31. Dans leurs dernières conclusions, chacune des parties a persisté dans ses conclusions.
32. Le 12 mai 2014, la recourante a communiqué un rapport du docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie générale & viscérale, daté du 7 avril 2014, dont il résulte qu'une discussion doit avoir lieu, après nette amélioration du comportement alimentaire, pour une prise en charge en vue d'un by-pass gastrique, ainsi qu'un rapport établi le 28 avril 2014 par le docteur O\_\_\_\_\_, psychiatre, et Monsieur P\_\_\_\_\_, psychologue et psychothérapeute FSP, du Centre de consultations Nutrition et Psychothérapie, aux termes duquel la patiente présente un trouble dépressif majeur récurrent associé à une hyperphagie boulimique. La capacité de travail est nulle actuellement et le pronostic très réservé. L'état de santé psychique de la patiente s'est suffisamment dégradé et une reprise de travail n'est pas envisageable.
33. Les pièces nouvelles ont été communiquées à l'intimé, qui a persisté dans ses conclusions.

34. Sur quoi, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. A 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.

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<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA, RS/GE E 5 10).
5. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante, respectivement sa capacité de gain, s'est modifié depuis la décision de refus de prestations, dans une mesure influençant ses droits.
6. Lorsque la rente a été refusée une première fois 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 (art. 87 al. 3 et 4 RAI dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011; art. 87 al. 2 et 3 dès le 1er janvier 2012 ; ATF 109 V 262 consid. 3 p. 264 s.). 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 125 V 410 consid. 2b p. 412, 117 V 198 consid. 4b p. 200 et les références).

Lorsque l'administration est entrée en matière selon l'art. 87 al. 4 en lien avec l'al. 3 RAI, il convient d'examiner, par analogie avec l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 71 consid. 3.2 p. 75ss), si entre la décision de refus de prestations entrée en force et la décision litigieuse, un changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, s'est produit (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 p. 351).

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 130 V 343 consid. 3.5). 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 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. a) Préalablement, la chambre de céans constate que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de la recourante, de sorte qu'il a admis que celle-ci avait rendu plausible une modification de son invalidité.

b) En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils existaient au moment de la décision de refus de rente du 28 février 2008, entrée en force, et ceux prévalant lors de la décision querellée.

Lors de la première décision de refus, l'intimé s'était fondé sur les rapports des Drs C\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ qui concluaient à une capacité de travail de 100% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles, soit dans une activité exempte de poussières, de particules aéroportées ou de gaz irritants, sans port de charges, ni station debout prolongée et sans mouvements répétitifs du rachis. L'intimé a retenu que la recourante souffrait de troubles respiratoires en rapport avec une allergie à la poussière et troubles ostéo-articulaires. L'obésité et l'état dépressif n'étaient pas incapacitants selon le SMR.

A l'appui de sa demande de révision, la recourante invoque une aggravation de son état de santé, notamment sur le plan psychiatrique.

Le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis le 12 février 2008, a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, ayant nécessité un traitement médicamenteux et un suivi hebdomadaire. L'incapacité de travail en découlant est de 100 % depuis le 12 février 2008.

Sur le plan somatique, les médecins attestent une aggravation des lombalgies basses depuis fin 2007 secondaires à une discopathie sévère, un syndrome de micro-instabilité L5-S1, une arthrose facettaire postérieure, une obésité et un déconditionnement physique depuis 2008 (cf. rapports des Drs H\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_).

Selon le rapport d'expertise bidisciplinaire du 5 mai 2011, au vu des limitations fonctionnelles dues à des rachialgies chroniques et des troubles disco-dégénératifs du rachis lombaire, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée, la recourante ne présentant pas d'atteinte dépressive significative. Les experts n'ont pas précisé si l'état de santé s'était aggravé depuis 2008.

Postérieurement à l'expertise, la recourante a été suivie par le Dr DI L\_\_\_\_\_, psychiatre, lequel a diagnostiqué un état dépressif récurrent, épisode actuel sévère. L'incapacité de travail était totale dans l'activité antérieure, depuis décembre 2006 et la capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée par l'intimé. Sur le plan somatique, le Dr H\_\_\_\_\_ fait état d'une IRM lombaire pratiquée le 31

mai 2012 qui a montré notamment une protrusion discale et une arthrose sévère. La capacité de travail est de 50% dans l'activité habituelle, avec toutefois des difficultés déjà après 2 ou 3 jours. En outre, la recourante a versé à la procédure un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ qui relève une prise de poids importante entre 2006 et 2008 et à nouveau les deux dernières années, avec des troubles du comportement alimentaire. Ces éléments n'ont pas été discutés par les experts, puisqu'ils sont postérieurs à leur expertise du 5 mai 2011.

De l'avis du SMR, il convient d'investiguer sur le plan médical, vu l'ancienneté des documents médicaux. L'intimé s'y refuse pourtant, de manière incompréhensible.

En effet, la recourante a rendu plausible une aggravation de son état de santé, il est fait état de nouveaux diagnostics, l'IRM lombaire fait état d'une arthrose sévère. Les circonstances ne semblent plus être les mêmes, il est fait allusion aussi à des troubles alimentaires. Enfin, il convient de relever l'échec de la réinsertion professionnelle mise en place en 2012, les EPI ayant conclu à l'impossibilité d'occuper un emploi à 100% dans le circuit économique normal, de même que le service de réadaptation de l'intimé qui a clos le mandat de placement le 13 janvier 2013, pour les mêmes motifs.

L'intimé ne peut ainsi pas se référer à l'expertise du 5 mai 2011 pour conclure que la recourante n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées. Au vu des nouveaux éléments, il était tenu de procéder à une clarification de la situation médicale.

En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure tirer des conclusions définitives quant à l'évolution de la situation sur le plan médical et de ses conséquences sur la capacité de travail de la recourante depuis la décision du 28 février 2008. Il incombera par conséquent à l'intimé – qui a failli à son devoir d'instruire - de procéder à des investigations médicales complémentaires, comme le SMR le suggère, cas échéant sous forme d'une nouvelle expertise, afin de déterminer clairement s'il y a eu aggravation et/ou une modification des circonstances et quelles en sont les répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

8. Au vu de ce qui précède, le recours est admis partiellement.
9. La recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 2'500.- (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 89H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).
10. Au vu du sort du litige, l'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI).

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision du 22 mai 2013 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Isabelle CASTILLO

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