

GE_GERICHTE A/1445/2008 vom 25. Februar 2009

GE Cour de justice, 2009-02-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1445_2008

FR: GE_GERICHTE A/1445/2008 du 25 février 2009

IT: GE_GERICHTE A/1445/2008 del 25 febbraio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 25.02.2009
A/1445/2008

A/1445/2008 ATAS/214/2009 du 25.02.2009 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 03.04.2009, rendu le 10.09.2009, REJETE, 9C_308/2009 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1445/2008 ATAS/214/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 25 février 2009 En la cause Madame F_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître CHEVALIER Suzette recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame F_____, née en 1974, est originaire de la Bosnie. Elle est mariée et mère de deux enfants nés en 1998 et en 2002. En 1996, elle est arrivée en Suisse et a travaillé comme femme de ménage à 100 % à l'Hôtel X_____, tout en effectuant encore des nettoyages le soir. Dès le 1 er septembre 2004, elle est en incapacité totale de travailler et indemnisée par les assureurs perte de gain de ses employeurs. Selon le constat du 1 er septembre 2004 du Dr L_____ de la Permanence médico-chirurgicale Vermont-Grand-Pré, elle l'a consulté en raison d'une oppression thoracique, de tremblements et de paresthésies des mains, ainsi que de nausées. Selon le résumé de consultation au Centre d'accueil et d'urgence de la Polyclinique de médecine des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 8 octobre 2004, l'intéressée s'est adressée à ce centre en raison d'un malaise sans perte de connaissance. Les médecins diagnostiquent une attaque de panique et une dépression majeure avec idées suicidaires. Dans le rapport du 13 janvier 2005, le Dr M_____ de la Permanence médicale Grand-Pré émet les diagnostics suivants: dystonie neurovégétative, céphalées, vertiges, diabète mellite, emphysème pulmonaire, sinusite chronique, dépression majeure avec attaques de panique. A la demande de la GENERALI Assurances, assureur perte de gain de l'employeur, le Dr N_____, psychiatre, procède à une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 9 juin 2005, il diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques. Dans l'anamnèse, il relève que l'expertisée a été élevée par ses grands-parents dans une ambiance très tendue et violente, ainsi que dans une très grande pauvreté. A l'âge de 19 ans, ses grands-parents l'obligent à avoir des relations sexuelles avec un homme contre de l'argent et des cigarettes. A plusieurs reprises, elle subira des viols. Elle a envie de se suicider. En 1996, elle se marie avec un homme de son pays qui sera blessé à la gorge pendant la guerre de Bosnie, subira différentes opérations qui aboutiront à une trachéotomie définitive. Au début de l'année 2004, la patiente commence à entendre des voix, dans lesquelles elle reconnaît celle de l'homme qui l'a violée. Elle croit aussi apercevoir cet homme régulièrement. Elle consulte alors le Dr O_____ à la Permanence du Grand-Pré en mars 2004. Les voix augmentant, la patiente développe des anxiétés, des insomnies, une perte de l'élan vital, une tristesse importante accompagnée d'idées

suicidaires motivant un arrêt de travail à 100 % dès le 1^{er} septembre 2004. La Dresse P _____, psychiatre qu'elle consulte posera le diagnostic de troubles délirants avec idées hypocondriaques, hallucinations olfactives, tactiles et visuelles. Un traitement neuroleptique et anxiolytique est introduit. Depuis l'automne 2004 au jour de l'expertise, l'assurée va en outre régulièrement en urgence à l'hôpital pour des troubles paniques importants. La Dresse P _____ l'envoie au Centre de thérapies brèves (CTB) où elle est prise en charge de manière régulière et où elle peut aussi dormir. Dans le status psychiatrique, le Dr N _____ mentionne que l'expertisée présente des troubles de la mémoire et de la concentration, sans ralentissement idéique ou indécision. Elle a une forte perte de l'intérêt avec une diminution du plaisir et un grand désinvestissement des activités quotidiennes accompagné d'un manque de réactivité émotionnelle à des événements habituellement agréables. Elle subit aussi un retrait social important avec une régression et une dépendance, une adynamie, une perte de l'élan vital et un pessimisme face à l'avenir. L'estime de soi et la confiance en soi sont notablement diminués et l'expertisée pleure souvent. Elle a une labilité émotionnelle avec des ruminations concernant son état de santé et une forte angoisse sous-jacente accompagnées d'idées suicidaires. Elle présente également des troubles psychomoteurs sous forme d'agitations en alternance avec des ralentissements. Sa fatigabilité est extrêmement importante. Ce médecin confirme en outre les hallucinations auditives de manière récurrente sur un mode persécutoire et structuré. Elle présente des symptômes négatifs comme une apathie et une pauvreté du discours. L'expert mentionne également que le Dr Q _____ du CTB a confirmé un état dépressif massif. Selon ce dernier médecin, il y a une amélioration de l'état clinique au cours de la prise en charge. Il perçoit par ailleurs les somatisations comme un équivalent dépressif et n'exclut pas une participation de traits histrioniques que la patiente présente. Quant au pronostic, l'expert estime que la reconstruction sera lente et progressive et pourra éventuellement aboutir à une reprise de travail de manière partielle, mais probablement pas avant plusieurs mois. En août 2005, l'intéressée est adressée par le Dr O _____ au Dr R _____, neurologue. Selon le rapport du 30 août 2005 de ce médecin, la patiente a présenté depuis environ un mois une symptomatologie de lombalgies basses irradiant progressivement au niveau des cuisses. Des séances de physiothérapie ont permis d'améliorer discrètement les douleurs qui sont cependant réapparues. Le Dr R _____ constate que l'examen neurologique est dans les limites de la norme et que les lombalgies sont vraisemblablement d'allure mécanique et à mettre sur le compte de la spondylolyse L5 provoquant un antélisthésis de premier degré de L5 sur S1. Par demande reçue le 17 octobre 2005, l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une rente. Dans son rapport du 1^{er} février 2006, le Dr. S _____ du Service de neurochirurgie des HUG indique qu'il a vu la patiente en consultation ambulatoire le 19 décembre 2005 en raison d'un lumbago bas chronique d'allure mécanique. L'IRM lombaire confirme la présence d'une discopathie dégénérative L5-S1 sous forme d'un disque noir avec une toute discrète perte de hauteur et une petite protrusion intra-foraminale droite. Actuellement, la patiente décrit une aggravation des douleurs sous forme de douleurs en barre au dos, avec une intensité de 10/10 et répondant très mal aux médicaments AINS. Selon le rapport du 8 février 2006 du Dr T _____, généraliste, sur mandat de la GENERALI Assurances, les différents examens pratiqués ont permis de mettre en évidence une spondylolyse et listhésis du premier degré avec protrusion discale en regard de la racine L5/S1 à droite. L'examen neurologique n'est pas relevant et il n'y a pas d'indication à une sanction neurochirurgicale. Ce médecin mentionne la mise en route d'une approche

orthopédique avec adaptation d'un corset COPAM, entre autres. La capacité de travail est nulle. Le Dr T _____ note en outre que la patiente n'évoque aucune plainte particulière sur le plan psychiatrique et admet prendre du Séroquel, du Trittico et du Romeron, ainsi que de rencontrer le médecin du CTB deux à trois fois par mois. Au status, ce praticien la décrit comme collaborante, souriante, avec par moment une attitude franchement pusillanime. L'épreuve de Lasègue est négative. Il n'y a pas de déficit moteur. Il constate enfin une hypoesthésie de tout l'hémicorps au piquer, à l'exception de la face. Selon le rapport du 23 février 2006 de la Dresse U _____ de la Consultation psychiatrique pour adultes des HUG, l'assurée est atteinte d'un épisode dépressif moyen et d'un trouble panique. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, ce médecin mentionne des traits de personnalité histrionique. Sa capacité de travail est nulle de septembre 2004 au 31 août 2005 et de 50 % du 1^{er} septembre au 20 décembre 2005. L'état est stationnaire et la capacité de travail peut être améliorée par des mesures médicales. Dans l'anamnèse, la Dresse U _____ mentionne que la patiente explique son incapacité de travailler par les attaques de panique qui se manifestent par des crises d'angoisse avec une sensation d'oppression thoracique, transpiration, tremblements, vertiges, tachycardie, sensation de déréalisation et de dépersonnalisation, peur d'avoir une maladie grave. Elle aurait présenté sept crises d'angoisse dont la dernière remonte au mois de mai 2005. Elle continue à ressentir une forte anxiété d'anticipation quant à la survenue d'une nouvelle crise. Cette praticienne confirme également les hallucinations auditives et visuelles. A cela s'ajoutent, depuis de nombreuses années, des crises de migraine, pour lesquelles la patiente a consulté le Dr V _____, neurologue. L'évolution était progressivement favorable et la patiente était partie dans son pays d'origine avec sa famille. Au retour, l'absence totale de compliance à son traitement psychotrope a été constatée. Au vu de l'évolution favorable, les médecins ont décidé une reprise du travail à 50 %. Cependant, la patiente a été mise en arrêt de travail à 100 % par son médecin traitant, le Dr O _____, pour des problèmes de lombalgies. Dans les plaintes subjectives, la Dresse U _____ mentionne les difficultés pour faire face au quotidien, une hyper-fatigabilité, une thymie triste, une anhédonie, une anxiété avec des crises paroxystiques, une perturbation du sommeil et de l'appétit, ainsi que des idées noires. Ces constatations objectives sont les suivantes : tenue et hygiène soignées, discours cohérent centré sur ses plaintes, orientée dans le temps et l'espace, thymie oscillant entre neutre et légèrement triste, tendance à la dramatisation et une hyper-expressivité émotionnelle, facilement influencée par les circonstances, pas de ralentissement psychomoteur notable, pas d'éléments psychotiques et idées suicidaires passives sans projet de passage à l'acte. La patiente a été vue pour la dernière fois le 6 décembre 2005 et a annoncé son souhait d'arrêter son suivi, dès lors que la consultation lui demandait de reprendre le travail à 100 %. Dans le questionnaire complémentaire pour les troubles psychiques, la Dresse U _____ indique que les particularités comportementales de nature sociale, culturelle ou familiale influencent légèrement l'affection actuelle. Il y a une divergence d'opinion concernant les reprises de travail. Cette divergence est due à une perception déformée de la gravité de l'atteinte de sa santé mentale. Le trouble psychique n'est pas induit par le surmenage, mais réactionnel à des événements de vie adverse. De façon mineure, l'incapacité de travail est due à des raisons socio-économiques ou conjoncturelles. Toutefois, d'un point de vue psychiatrique, il n'y a pas d'incapacité de travail. Le 24 juillet 2006, l'Office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : OCAI) octroie à l'assurée une orthèse lombaire. Selon le courrier du 25 août 2006 du Dr S _____ au Dr O _____, la patiente a porté son corset COPAM pendant deux

mois avec une disparition complète des douleurs lombaires, à part une persistance, de temps en temps, de douleurs dans le membre inférieur droit. Dès qu'elle l'enlève la nuit, les douleurs réapparaissent. Le médecin lui conseille de suivre un sevrage progressif du corset et de débiter des séances de musculation du dos. Le 8 novembre 2006, le Dr S _____ écrit au Dr O _____ qu'il a revu la patiente en date du 6 novembre 2006 et que celle-ci se dit très améliorée par le port du corset. Cependant, dès qu'elle a commencé la physiothérapie, elle a présenté une douleur lombaire gauche para-vertébrale. Elle n'a pas eu un bon contact avec le physiothérapeute. Le Dr S _____ estime qu'il vaut la peine de poursuivre dans le sens d'un traitement conservateur par physiothérapie avec un autre thérapeute, compte tenu de la bonne évolution sous corset. Le traitement définitif sera physiothérapie alternée par périodes de port de corset et une intervention est à éviter pour l'instant. Dans son courrier du 7 mars 2007 au Dr O _____, le Dr S _____ fait état d'une recrudescence des douleurs lombaires basses avec des blocages lombaires répétitifs, le dernier datant d'il y a cinq jours. La patiente se plaint également d'une sensation d'engourdissement dans le membre inférieur droit sans trajet radiculaire. Le Dr S _____ estime par conséquent nécessaire d'effectuer des nouveaux examens. Selon le courrier du 29 mars 2007 du Dr S _____ au Dr O _____, la discographie L4-L5 et L5-S1 montre un disque arthrosique grade II en L4-L5 non responsable des douleurs et un disque L5-S1 grade IV. Ces disques sont positifs en stimulation et inhibition pour les lombalgies, ce qui laisse supposer qu'ils sont responsables de manière statistiquement significative des lombalgies. L'IRM lombaire confirme la présence d'une légère densification du disque L5-S1, présentant une protrusion large sans conflit radiculaire, mais sur laquelle on découvre une surcharge facettaire L5-S1 bilatérale avec épanchement intra-articulaire. La même surcharge facettaire est localisée L4-L5 à gauche. Les lombalgies basses ont donc probablement une origine mixte, discale et facettaire. Il adresse la patiente au Dr W _____ afin d'effectuer des infiltrations facettaires L5-S1 bilatéralement, avant d'entrer en discussion pour une intervention chirurgicale. Le 18 avril 2007, l'assurée est examinée par le Dr A _____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et en rééducation au Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans son rapport du 11 juin 2007, ce médecin diagnostique des lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de protrusion discale L5-S1 et de troubles dégénératifs postérieurs étagés. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une fibromyalgie, une amplification des symptômes et une obésité de classe I. Au titre de limitations fonctionnelles de l'assurée, il fait état de mouvements répétés de flexion-extension du rachis, d'une position en porte-à-faux du tronc, du port de charges au-dessus de 9 kilos, de la station debout statique au-delà de 30 minutes et assise au-delà d'une heure. L'assurée était incapable de travailler du 17 octobre 2005 au 17 avril 2007 (recte 2006) en raison des investigations complémentaires et du traitement conservateur nécessaire au lumbago. L'anamnèse ne montre pas d'éléments de gravité. L'examen clinique confirme l'absence de gravité avec une distance doigts-sol de 5 cm, l'absence de sciatgie irritative et hypoesthésie non systématisable de tout l'hémicorps droit. L'assurée ne présente actuellement pas de syndrome rachidien et a une mobilité complète en flexion du tronc. Les symptômes qu'elle décrit dépassent largement la localisation de la discopathie connue. La situation clinique a évolué vers une diffusion des douleurs, s'intégrant à présent dans un tableau de fibromyalgie, laquelle n'est pas reconnue comme invalidante. La capacité de travail est de 50 % dans l'activité de femme de chambre en hôtellerie de nettoyeuse et de 100 % dans une activité adaptée. Le 15 juin 2007, le Dr S _____ communique à

l'OCAI que les infiltrations facettaires n'ont amené aucun changement de la symptomatologie. La patiente décrit au contraire une aggravation des douleurs qui sont maintenant un peu plus diffuses, irradiant de manière pseudo-radiculaire dans les deux membres inférieurs, irradiation qui n'était pas présente avant les infiltrations. Au vu de ce résultat, ce médecin propose une intervention chirurgicale d'arthroplastie par prothèse discale L5-S1. Le 8 août 2007, l'OCAI constate que, sans invalidité, l'assurée aurait pu gagner 12,6% de plus, selon les salaires statistiques pour une activité simple et répétitive. A la même date, l'OCAI adresse à l'assurée un projet d'octroi d'une rente d'invalidité entière pour une durée limitée du 1^{er} septembre 2005 au 17 juillet 2006. Ce faisant, il considère que son état de santé s'est amélioré à partir du 18 avril 2006, amélioration dont il faut tenir compte après l'écoulement d'une durée de trois mois. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée s'oppose au projet de décision, le 7 septembre 2007, en se prévalant des rapports médicaux du Dr S_____ faisant état d'une aggravation des douleurs lombaires et proposant une intervention chirurgicale. Dans son avis médical du 7 décembre 2007, la Dresse B_____ du SMR estime erroné de dire que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré depuis le 17 avril 2006. Les aggravations mentionnées dans les rapports du Dr S_____ concernent la symptomatologie douloureuse et non pas les constatations objectives. Elle ajoute que "L'examen du Dr S_____ (par rapport du 15.06.07) ne montre pas d'aggravation de l'état de santé et oriente sur la composante discale dont nous avons tenu compte dans les limitations fonctionnelles." Elle poursuit "La discographie confirme la participation de la discopathie aux douleurs de l'assurée, sans qu'elle explique toutefois la totalité des douleurs." Ainsi, la Dresse B_____ maintient les conclusions du rapport du SMR tout en ajoutant que la situation est susceptible d'amélioration après l'intervention projetée, de sorte qu'une nouvelle évaluation de la capacité de travail devrait être faite dans un délai de six mois après l'opération. Dans son avis médical du 17 décembre 2007, la Dresse B_____ du SMR précise ce qui suit : "L'IT de 100 % a débuté dès le 1.9.2004 pour des raisons psychiques (...) pendant une année, puis s'est poursuivie dès octobre 2005 pour des raisons somatiques (...) jusqu'en avril 2006. Cette date a été fixée lors de l'examen SMR, non pas en raison d'une amélioration, mais parce que l'on peut admettre une IT d'une durée de 6 mois (octobre 2005 à avril 2006) justifiée par des investigations ou le traitement conservateur du lumbago. L'état constaté lors de l'examen clinique SMR du 18.04.2007 qui était comparable à celui observé par le Dr R_____ (recte T_____ ?) en 2006 permettait une CT de 50 % comme nettoyeuse. Cette CT ne s'est donc plus modifiée dès la fin de l'épisode aigu du lumbago et de son traitement de 6 mois, soit dès le 18.04.2006 . C'était également la date d'exigibilité pour une activité adaptée." Par décision du 18 mars 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précédent. Par acte du 25 avril 2008, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 1^{er} août 2006, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour complément d'instruction. Elle fait état de ses multiples atteintes physiques et en particulier de ses problèmes lombaires qui ont nécessité une intervention chirurgicale le 6 décembre 2007 avec une dizaine de jours d'hospitalisation. Cette opération n'a apporté aucune amélioration. Elle présente également des atteintes psychiatriques et est en traitement psychiatrique continu auprès de la Dresse C_____ à raison de trois à quatre séances par mois. La recourante estime qu'elle n'a jamais retrouvé une capacité de travail depuis 2004. Si ses douleurs se sont améliorées en avril 2006 grâce au port du corset et à la prise de cortisone, cela n'a pas duré, comme cela est attesté par les médecins. Au contraire, elles se

sont aggravées et ont nécessité une intervention chirurgicale. Son état n'est par conséquent pas encore stabilisé. On ne peut pas encore bloquer la situation à une date fixe pour l'apprécier, comme l'a fait l'intimé, sous prétexte que six mois d'investigation suffiraient. En effet, les traitements ont dû être réajustés par la suite, il y a eu de nombreuses investigations supplémentaires et une intervention chirurgicale. Le 6 mai 2008, la recourante transmet au Tribunal de céans une attestation du Dr S _____, selon laquelle l'intervention chirurgicale a connu une très bonne évolution pendant trois mois. Puis, les douleurs sont réapparues. Quant à la capacité de travail, il indique que l'incapacité de travail est nulle (recte totale ?) et que la patiente a une limitation pour le port de lourdes charges. Dans ses écritures du 16 juillet 2008, l'intimé relève que le rapport du Dr S _____ ne permet pas d'établir en quoi il y a eu aggravation ni d'apprécier l'évolution suite à l'intervention. En attendant, il n'est pas en mesure de se prononcer sur le recours. Il propose d'interroger le Dr S _____ et d'inviter la recourante à produire un rapport de la Dresse C _____.

Une fois en possession de ces renseignements, il les soumettra au SMR et nous fera parvenir sa détermination. Le 13 août 2008, la recourante relève que le Dr S _____ a déjà répondu concernant la question de l'évolution de son état de santé depuis l'intervention chirurgicale. Elle souscrit néanmoins à la proposition de l'intimé d'interroger ce médecin. Quant à la Dresse C _____, celle-ci ne lui pas envoyé un rapport, en dépit de sa demande et de ses rappels. Par écritures du 3 septembre 2008, l'intimé propose de procéder à l'audition des Drs S _____ et C _____. A la demande du Tribunal de céans, le Dr S _____ répond le 24 novembre 2008 que l'arthroplastie lombaire a eu un bon succès clinique dans un premier temps. Par la suite, les douleurs lombaires basses ont réapparu et motivé différentes consultations post-opératoires. Il a vu la patiente la dernière fois le 22 septembre 2008 et constaté à ce moment que le positionnement de la prothèse était excellent et sa fonctionnalité satisfaisante en flexion-extension. Néanmoins, la recrudescence de ses douleurs limite de manière importante sa capacité de travail. Il l'a adressée à la consultation de la Dresse D _____ pour un avis pharmacologique, afin de pouvoir améliorer les douleurs. A son avis, la patiente ne pourra jamais reprendre le travail à 100 %, en raison d'une limitation fonctionnelle liée aux douleurs, d'une part, et son côté psychosocial d'autre part. Le 10 décembre 2008, la Dresse C _____ répond aux questions du Tribunal de céans. Elle émet les diagnostics de dysthymie et de traits de personnalité histrionique. A titre de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique, elle mentionne des difficultés relationnelles en raison de fatigabilité et d'irritabilité conduisant à un retrait social. Elle note également une réactivité très marquée et une dramatisation du vécu. Il n'est pas envisageable que sa patiente puisse fonctionner dans un contexte professionnel. Elle suit un traitement antidépresseur et anxiolytique et la compliance est bonne. A la question de savoir quelles limitations fonctionnelles s'opposent à une reprise, du moins partielle, dans un poste adapté, la Dresse C _____ répond que la patiente "accomplit les tâches ménagères à domicile mais se plaint de manquer de patience avec ses enfants et de ne pas pouvoir les accompagner à l'extérieur de la maison en raison des douleurs et de la peur de ne plus pouvoir marcher". La Dresse C _____ précise en outre que la patiente ne sort quasiment plus de son domicile, ne voit plus ses amis et ne supporte plus les réunions et les visites à son domicile. Le pronostic est réservé, au vu de ses problèmes de santé et d'une personnalité fragile qui s'est développée en rapport avec une enfance traumatique. Dans son avis médical du 9 janvier 2004, la Dresse B _____ du SMR relève que les renseignements fournis par les Drs C _____ et S _____ ne sont pas contestés, mais insuffisants pour évaluer la répercussion de l'atteinte à la santé sur

l'exigibilité, ainsi que les limitations fonctionnelles. Ce médecin estime qu'une telle évaluation devrait être faite dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire. Sur la base des rapports des Drs C_____ et S_____, la recourante persiste dans ses conclusions, par écritures du 3 février 2009. Sur la base de l'avis médical du SMR précité, l'intimé conclut à la réalisation d'une expertise bidisciplinaire judiciaire, par écritures du 4 février 2009. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le 1^{er} janvier 2008, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI) sont entrées en vigueur. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La décision litigieuse étant datée du 18 mars 2008, les nouvelles dispositions sont dès lors applicables aux états de fait déterminants dès cette date. Jusqu'à celle-ci, elles s'appliquent dans leur ancienne teneur. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable, compte tenu de la suspension des délais entre le 7^{ème} jour avant et le 7^{ème} jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a et 56 ss LPGA). Est litigieuse en l'espèce si l'état de la recourante s'est amélioré à partir d'avril 2006, au point qu'elle ne remplit plus les conditions légales pour bénéficier d'une rente d'invalidité. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss consid. 2 et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Conformément à cette disposition, lorsque l'invalidité d'un bénéficiaire de rente subit une modification de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence (ATFA non publié du 30 août 2005, I 362/04, consid. 2.2). Selon la jurisprudence, 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 et que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 113 V 275 consid. 1a et les arrêts cités; voir également ATF 120 V 131 consid. 3b, 119 V 478 consid. 1b/aa). Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver la révision de celle-ci. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que

l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 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). 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 (art. 7 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». D'après la jurisprudence (ATF 131 V 49 consid. 1.2), la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique, soit aussi de troubles somatoformes douloureux persistants ou d'une fibromyalgie, suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ou de fibromyalgie ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité, étant précisé qu'il y a lieu d'appliquer à la fibromyalgie par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATFA du 17 juillet 2006, cause I 297/05). Au contraire, il existe une présomption que ces affections ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in: *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). Ces critères constituent un instrument, pour l'expert et l'administration (le cas échéant pour le

juge), servant à qualifier la souffrance vécue par un assuré, afin de déterminer si celui-ci dispose ou non des ressources psychiques permettant de surmonter cet état; ces critères ne constituent pas une liste de vérification mais doivent être considérés comme une aide à l'appréciation globale de la situation douloureuse dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster). La reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). En l'espèce, le Dr A _____ du SMR a considéré qu'une amélioration de l'état de santé de la recourante devait être admise à partir d'avril 2006, dès lors qu'à cette date les investigations complémentaires et les traitements conservateurs nécessaires au lumbago étaient terminés. Il a par ailleurs retenu une fibromyalgie, tout en précisant que celle-ci n'était pas reconnue comme invalidante par la jurisprudence. En outre, les symptômes que la recourante décrivait dépassaient largement la localisation de la discopathie connue, de l'avis de ce médecin. Toutefois, selon la Dresse B _____ du SMR, la date d'avril 2006 a été choisie par le Dr A _____ non pas en raison d'une amélioration, mais parce qu'une durée de six mois à compter de l'apparition du lumbago est objectivement nécessaire pour les investigations et le traitement conservateur d'une telle atteinte. Il convient toutefois de retenir que le Dr T _____ a estimé, dans son rapport du 8 février 2006, que la capacité de travail était nulle. Il n'a à cet égard pas fait état d'une discordance entre les constatations objectivables et les plaintes de la recourante. En outre, il s'agit d'un médecin indépendant, mandaté par l'assureur perte de gain de l'employeur. Par ailleurs, l'intimé a accepté d'octroyer à la recourante une orthèse lombaire. Ce corset a certes eu un effet positif pendant deux mois, avec une disparition complète des douleurs lombaires, selon le rapport du 25 août 2006 du Dr S _____. Ce médecin a toutefois relevé que les douleurs réapparaissaient, dès que la recourante l'enlevait la nuit, et lui a conseillé de suivre un sevrage progressif du corset et de débiter des séances de musculation du dos. Par la suite, la recourante est restée en traitement par physiothérapie en permanence. Néanmoins, les douleurs lombaires basses ont augmenté petit à petit et la recourante a présenté des blocages lombaires répétitifs, selon le rapport du 7 mars 2007 du Dr S _____ au Dr O _____. De ce fait, le Dr S _____ a estimé nécessaire d'effectuer de nouveaux examens. Ceux-ci ont fait apparaître une origine probablement mixte, discale et facettaire, des lombalgies basses. Le Dr S _____ a adressé ensuite la recourante au Dr W _____ pour des infiltrations facettaires L5-S1. Il semble que le Dr A _____ du SMR n'ait pas eu connaissance de ces derniers examens, dans la mesure où il n'a mentionné comme examen le plus récent qu'un Rx du rachis cervical du 28 mars 2007, alors que le Dr S _____ se réfère à une IRM lombaire. Le Dr A _____ n'a non plus relevé une surcharge facettaire L5-S1 bilatérale, comme le Dr S _____ l'a

constaté. Il convient par conséquent d'admettre que le rapport du Dr A_____ est incomplet et qu'il n'a pas été rendu en connaissance du dossier médical intégral. En tout état de cause, il appert que la recourante est restée en traitement continu du dos jusqu'à l'arthroplastie L5-S1 effectuée le 6 décembre 2007. Il convient ainsi de constater que son état de santé au niveau du dos n'était pas stabilisé au moment de la décision litigieuse. Par ailleurs, il sied d'admettre que les atteintes somatiques sont en grande partie objectivables, dans la mesure où elles ont justifié une arthroplastie, intervention qui suppose un substrat organique indéniable. Or, à la date de la décision litigieuse du 18 mars 2008, la recourante n'était toujours pas rétablie de cette intervention et présentait une incapacité de travail totale encore en avril 2008, comme il ressort des réponses données au courrier du mandataire de la recourante du 21 avril 2008. Ainsi, en raison des seules affections physiques, il ne peut être admis que l'état de santé de la recourante s'est amélioré à la date de la décision dont est recours. A cela s'ajoute que l'intimé a incomplètement instruit la fibromyalgie dont souffre la recourante. En effet, comme relevé ci-dessus, il lui aurait appartenu de soumettre la recourante à une expertise psychiatrique, afin d'établir si elle dispose des ressources psychiques nécessaires pour surmonter cette maladie. Cela s'imposait d'autant plus que la recourante est indéniablement atteinte dans sa santé psychique, au vu des rapports des psychiatres et des maltraitances vécues. Elle est par ailleurs suivie sur le plan psychiatrique depuis septembre 2004 à ce jour. Il ne peut dès lors être exclu d'emblée, comme l'a fait le Dr A_____, que la fibromyalgie n'est en l'espèce pas invalidante. Toutefois, comme relevé ci-dessus, une incapacité de travail totale doit déjà être admise pour les seules atteintes somatiques objectivables. Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que la recourante continue à avoir droit à une rente d'invalidité entière encore après juillet 2006 et au moins jusqu'à la date de la décision litigieuse. La décision dont est recours doit dès lors être annulée, en ce qu'elle lui refuse le droit à cette prestation. Par ailleurs, si l'intimé devait ouvrir une procédure de révision du droit à la rente, ce qui s'impose en l'espèce après l'arthroplastie effectuée en décembre 2007, il lui appartiendra d'investiguer non seulement l'aspect somatique des atteintes à la santé de la recourante, mais également l'aspect psychiatrique. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'intimé qui succombe sera condamné à un émolument de 200 fr.

PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 18 mars 2008, en ce qu'elle a supprimé le droit à une rente invalidité entière dès août 2006. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière pour une durée indéterminée. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. 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); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER 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.