

## **GE\_GERICHTE A/1806/2011 vom 30. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1806\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1806_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1806/2011 du 30 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE A/1806/2011 del 30 maggio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

ème Chambre En la cause Madame L\_\_\_\_\_, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT 1. Madame L\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1961, a travaillé à la cafétéria X\_\_\_\_\_ à 100 % depuis le mois de septembre 2001 pour un salaire brut de 3914 fr. par mois. Elle a du quitter son emploi dès le 16 septembre 2008 suite à une chute qui a provoqué une dégradation subite de son état de santé. Elle souffrait déjà d'une cruralgie depuis 2006.![endif]>![if> 2. Du 23 au 25 septembre 2008, l'assurée a séjourné à la clinique psychiatrique de Belle-Idée. Puis, du 25 septembre au 17 octobre 2008, l'assurée a séjourné à l'hôpital Beau-Séjour dans le service de rhumatologie, pour une lombosciatalgie droite. Ont également été diagnostiqués, durant ce séjour, une cruosciatique L4-L5 droite irritative non déficitaire sur antélisthésis de L4/L5 ; une paralysie faciale périphérique droite ; un syndrome du canal carpien bilatéral ; un abaissement du seuil de la douleur ; un état dépressif chronique ainsi qu'une chondrocalcinose du genou droit.![endif]>![if> 3. Le 29 octobre 2008, l'assurée a déposé une demande à l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) pour la prise en charge des frais médicaux encourus suite à son arrêt de travail et en particulier un corset BOB qu'elle devait porter pour soutenir son torse. Par décision du 10 février 2009, l'OAI a rejeté la demande.![endif]>![if> 4. L'assurée a été en observation au Service de neurochirurgie des HUG du 18 au 29 juin 2009. Le 19 juin elle a subi une intervention chirurgicale (spondylodèse) pour une fixation et fusion lombaire. Les médecins du Service ont principalement détecté une lombocruralgie sur listhésis en L4 sur L5. A titre de comorbidités associées, ils mentionnaient un état dépressif ainsi qu'une fibromyalgie comme l'atteste leur rapport du 29 juin 2009. Dès cette date, l'assurée a été hospitalisée à la Clinique de Joli-Mont, jusqu'au 13 juillet 2009.![endif]>![if> 5. Le 24 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande visant à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle. Elle s'est notamment prévalue, dans cette demande, de problèmes de dos et en particulier de déplacement de vertèbres ayant entraîné une intervention chirurgicale le 19 juin 2009.![endif]>![if> 6. Dans son rapport du 19 août 2009, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué un status après fusion intervertébrale lombaire postérieure le 19.06.2009 pour antélisthésis L4-L5 provoquant des douleurs intenses dans le membre inférieur droit et attesté une incapacité de travail à 100 % depuis le 19 septembre 2008, pour une durée indéterminée, quelle que soit la position, les charges et les mouvements.![endif]>![if> 7. L'OAI a ordonné une expertise et mandaté le Centre d'Observation médicale de l'assurance invalidité (ci-après : CEMED). L'assurée a été examinée en date du 11 août et 18 septembre 2009 par les Docteurs M\_\_\_\_\_, rhumatologue, N\_\_\_\_\_, neurologue et O\_\_\_\_\_.

psychiatre. Dans le rapport d'expertise du 20 octobre 2009, les médecins reconnaissaient à l'assurée une capacité physique limitée et une dépression légère mais ne justifiant en aucun cas une incapacité de travail à 100 %. Sur le plan somatique, ils ont constaté une fibromyalgie, liée à des douleurs post-opératoires, en particulier dans la région du tronc et du membre inférieur droit. Ils ont relevé une dissociation entre les plaintes exprimées par l'assurée et l'examen clinique. Sur le plan psychique, les médecins ont souligné que l'assurée parle principalement de ses douleurs physiques, que son moral ne semblait pas mauvais et qu'il existait au plus un état dépressif léger. Globalement, les experts ont estimé que son état allait s'améliorer et qu'elle sera capable de travailler dans une activité adaptée - permettant des changements relativement fréquents de position, ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges de 10 kg ou plus - dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 à 50 % et dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 à 100 %.

8. Par courrier du 6 janvier 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était possible. L'intimé poursuivait toutefois l'instruction du dossier afin de déterminer si l'assurée remplissait les conditions pour l'octroi d'une rente invalidité, étant précisé qu'elle recevrait plus tard une décision séparée. Enfin, l'on rappelait qu'en vertu du principe fondamental de l'assurance invalidité par lequel la réadaptation prime la rente, des mesures professionnelles seraient proposées ultérieurement si elles devaient être indiquées.

9. En date du 12 janvier 2010, le Dr Q \_\_\_\_\_ du Service de Neurochirurgie des HUG, a communiqué à l'OAI une copie du résumé de l'observation du 29 juin 2009. Selon ce rapport, l'assurée souffrait d'une lombocruralgie sur listhésis en L4 sur L5, atteinte pour laquelle elle a été opérée le 19 juin 2009. A titre de comorbidités associées, les médecins mentionnaient un état dépressif ainsi qu'une fibromyalgie.

10. Le 20 janvier 2010, le Dr L \_\_\_\_\_ a adressé un rapport médical intermédiaire à l'OAI, aux termes duquel la capacité de travail de l'assurée était de 0 %. Si son état ne s'était pas empiré, il ne s'était pas amélioré non plus. Il fallait attendre la consultation en Neuro-Chirurgie pour réévaluer la symptomatologie et les éventuelles propositions thérapeutiques. Enfin, un examen médical complémentaire devait être opéré pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail.

11. En date du 16 mars 2010, la Dresse R \_\_\_\_\_, médecin interne en psychiatrie auprès du département de psychiatrie des HUG et médecin traitant, a adressé un rapport à l'AI où elle estimait la capacité de travail de l'assurée dans l'activité actuelle comme nulle et sans amélioration en vue à l'avenir. La patiente était suivie depuis janvier 2006 à la Consultation de la Servette. La Dresse R \_\_\_\_\_ faisait état d'une anxiété généralisée, d'un trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen avec syndrome somatique, existant depuis janvier 2006. Cet état psychique fragile découle directement de la mauvaise santé physique de l'assurée qui connaît un état de tension intérieure très important ce qui provoque notamment des troubles du sommeil très réguliers. Sur le plan thymique, la psychiatre a constaté une dégradation progressive de son humeur et depuis la fin de l'année 2008, la patiente est en arrêt de maladie de manière constante. Enfin, des traitements médicamenteux de types antidépresseurs et anxiolytiques ont été instaurés, mais la patiente ne semble pas vraiment y répondre favorablement, ce qui indiquerait une probable chronicité des symptômes. Les traitements médicamenteux complexes impliquaient une supervision médicale.

12. L'assurée a été inscrite au chômage du 1<sup>er</sup> mars 2010 au 20 avril 2010, date à laquelle l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) a suspendu le versement de ses indemnités de chômage au motif que son aptitude au placement était incertaine.

13. Dans son avis du 18 août 2010, le

Service Médical Régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a reconnu à l'assurée une capacité de travail de 0 % pour l'activité habituelle mais, dans une activité adaptée, à 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009 et à 100 % dès le 31 décembre 2009. L'assurée était inapte dans l'exercice d'une activité lourde impliquant le port de charges supérieures à 10 kg, ainsi que la station debout prolongée.!

14. Le 30 août 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un "projet d'acceptation de rente". Il y est en substance décidé de lui octroyer une rente AI de 100 % du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2010, date à laquelle la rente est supprimée en raison de l'amélioration de son état de santé. !

15. Par courrier recommandé du 23 septembre 2010, l'assurée a interjeté un recours contre ce projet auprès de la Cour de céans. Cette dernière l'a déclaré irrecevable par arrêt du 5 octobre 2010, motif pris que la décision attaquée n'était pas sujette à recours.!

16. Par courrier du 25 janvier 2011, le conseil de l'assurée a contesté le projet de décision du 30 août 2010, notamment le fait que sa cliente avait retrouvé sa pleine capacité de travail au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Il soulignait que la décision de l'OAI se fondait exclusivement sur l'expertise multidisciplinaire du CEMED SA, rendue le 20 octobre 2009. Celle-ci était erronée, selon lui, tant sur le plan ostéo-articulaire, neurologique que psychique. Il se référait aux nombreuses attestations de médecins allant dans le sens d'une incapacité totale de travail de sa cliente. Le rapport du 20 avril 2009 de la rhumatologue S\_\_\_\_\_ ; celui du Dr Q\_\_\_\_\_ du service de neurochirurgie des HUG du 29 juin 2009 ; les rapports du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, du 19 août 2009, 20 janvier 2010 et 16 juin 2010 ; enfin, la Dresse R\_\_\_\_\_ attestait, dans des rapports du 16 mars 2010 et 12 octobre 2010 d'un état dépressif récurrent (épisode actuel moyen F33.1) et une anxiété généralisée (F41.1) qui justifiaient une incapacité totale de travail depuis le mois d'août 2009 et qui compromettait la possibilité pour l'assurée d'occuper un poste de manière régulière. Elle suggérait de mettre en œuvre un bilan de compétence afin d'évaluer au mieux les capacités professionnelles résiduelles de l'assurée. Le Dr L\_\_\_\_\_ appuyait fortement les démarches de l'assurée en vue d'obtenir une rente de l'assurance-invalidité à 100 % dans une lettre datée du 22 novembre 2010. En conclusion, l'avocat de l'assurée rejetait les conclusions des rapports du CEMED SA et du SMR et affirmait que la situation médicale de sa cliente justifiait l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité.!

17. Le Dr L\_\_\_\_\_ a rendu un rapport le 6 avril 2011, indiquant que sa patiente n'est pas en état de reprendre le travail pour des raisons tant physiques que psychiques. Il soutenait sa demande de rente invalidité entière. Par certificat daté du 6 juin 2011, il prolongeait pour une durée indéterminée son incapacité de travail totale.!

18. Par décision du 10 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mars 2010. Selon l'OAI, l'assurée était en incapacité totale de travail depuis le 19 septembre 2008 mais avait recouvré une capacité de travail totale dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, dans une activité adaptée. Compte tenu du début de l'incapacité de travail qui remontait au 19 septembre 2008 et du délai d'attente d'une année ainsi que du délai d'attente de six mois à partir du dépôt de la demande (24 juillet 2009), la rente ne peut lui être octroyée qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité était fixé à 12 %. Or, un degré d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvre pas droit à un reclassement et un degré d'invalidité inférieur à 40 % ne permet plus le maintien de la rente.!

19. Par acte du 10 juin 2011, l'assurée, par l'entremise de son conseil, interjette recours. Elle conclut à ce que la Cour de céans ordonne préalablement une expertise pluridisciplinaire et, principalement, à ce qu'elle admette le recours et annule la décision de l'OAI. Elle conclut également à l'octroi d'une rente d'invalidité entière dès le 1

er janvier 2010, pour une durée indéterminée, ainsi qu'une indemnité à titre de dépens. La recourante joint notamment la liste des médicaments prescrit par le Dr L\_\_\_\_\_ et ceux prescrits par le Dr T\_\_\_\_\_, psychiatre. Elle allègue avoir de grandes difficultés à se mouvoir en raison de douleurs diverses dues en partie à la fibromyalgie et présenter un épisode dépressif moyen lié à un état d'anxiété généralisé. Principalement, l'assurée conteste avoir connu une amélioration de son état de santé dès le 1 er janvier 2010, contrairement à ce que le SMR soutient. En outre, le fait que l'OCE ait suspendu ses indemnités de chômage par décision du 20 avril 2011 est un indice qu'elle doit être mise au bénéfice d'une rente d'invalidité à 100 %.[endif]>[if> 20. Dans sa réponse du 8 juillet 2011, l'OAI conclut au rejet du recours, se référant à l'expertise du CEMED qui revêt plein valeur probante. Les rapports médicaux produits par la recourante ne sont pas susceptible de modifier sa position. Pour le surplus, le fait que l'OCE ait décidé de suspendre les indemnités de la recourante en arguant qu'elle était, peut-être, inapte au placement, ne veut pas dire qu'elle doit nécessairement être considérée comme incapable de travailler. Finalement, l'OAI relève que l'on ne se trouve pas dans un contexte de révision, car l'assurée a soumis une demande pour l'obtention de moyens auxiliaires le 29 octobre 2008, qui a fait l'objet d'un refus par décision du 10 février 2009, puis elle a déposé une demande de mesures de réadaptations professionnelles le 24 juillet 2009. La décision litigieuse est la première rendue depuis le dépôt de cette demande et représente l'issue de l'instruction. Or, si l'on voulait comparer des faits et leur influence sur la capacité de travail, il faudrait qu'une décision initiale ait été prise, ce qui n'est pas le cas.[endif]>[if> 21. Dans sa réplique du 12 septembre 2011, la recourante persiste dans ses conclusions antérieures en réaffirmant notamment que l'avis du SMR ne se fonde que sur des pièces, ce qui est insuffisant. Elle rappelle que, dans le domaine des assurances sociales, si les faits ne peuvent être établis de manière irréfutable, les juges doivent se fonder sur ceux qui leur paraissent les plus vraisemblables. Elle conclut à la mise en œuvre d'une surexpertise pluridisciplinaire. Si l'expertise demandée ne devait pas être accordée par la Cour de céans, la recourante sollicite l'octroi d'un délai pour le dépôt d'une liste de témoins à faire comparaître.[endif]>[if> 22. Par duplique du 5 octobre 2011, l'intimé relève que l'existence d'un trouble somatoforme douloureux ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. En effet, il existe au contraire une présomption que ces troubles peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Enfin, en ce qui concerne les états dépressifs, ils ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé. L'intimé conclut au rejet du recours.[endif]>[if> 23. Le 6 octobre 2011, la Cour de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.[endif]>[if> 24. Par courrier daté du 26 octobre 2011, la recourante informe la Cour de céans qu'elle souhaiterait être entendue lors d'une audience de comparution personnelle des parties où elle voudrait faire citer en qualité de témoins les Drs L\_\_\_\_\_ et T\_\_\_\_\_.[endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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 LPGA relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).[endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminant se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b 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). En l'espèce, la décision litigieuse du 10 mai 2011 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2004 et le 1<sup>er</sup> janvier 2008, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et de celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit ou non à une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelles doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329). En revanche, les modifications entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012 (révision 6a) ne peuvent pas être prises en compte car elles sont postérieures à la décision litigieuse. En outre, 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 345 consid. 3).

3. Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). A teneur de l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision.

4. Interjeté dans le délai et la forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).

4. L'objet du litige consiste à déterminer si la recourante a droit à des prestations de l'assurance invalidité au-delà du 31 mars 2010.

5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. Il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

En vertu de l'art. 28 al. 1<sup>er</sup> LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 5a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>![endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. cc). En outre, en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 7. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. 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 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié I 520/05 du 28 décembre 2006, consid. 3.2). 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la

modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88 a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. 8. En l'espèce, la recourante conteste la suppression de la rente au 31 mars 2010, motif pris qu'il n'y a pas eu d'amélioration de son état de santé. L'intimé, quant à lui, se fonde sur l'expertise du CEMED de 2009 et les rapports du SMR pour justifier sa décision. La Cour de céans constate que, contrairement à ce qu'affirme l'intimé dans sa réponse, il s'agit bien d'un cas de révision, dès lors qu'il a octroyé à la recourante une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, l'a supprimée. Par conséquent, les conditions d'une révision de la rente doivent être remplies : il faut en particulier que le taux d'invalidité de l'assurée ait subi une modification notable entre le moment de l'attribution et le moment de la suppression.

## E. 9

La recourante présente diverses atteintes à la santé qui ont fait l'objet d'investigations médicales et, notamment, d'une expertise pluridisciplinaire par le CEMED. L'assurée a été examinée en date des 11 août et 18 septembre 2009 par les Drs M\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, U\_\_\_\_\_, neurologue FMH et O\_\_\_\_\_, psychiatre - psychothérapeute FMH. Les experts ont rendu leur rapport en date du 20 octobre 2009. La Cour de céans constate que ce rapport comporte une anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle détaillée, une analyse complète du dossier médical, une description du status sur la base des examens cliniques et du dossier médical et les données subjectives de l'assurée. Des examens paracliniques ont été effectués, notamment un monitoring médicamenteux et un ENMG. Sur le plan ostéoarticulaire, les experts ont retenu que la recourante présente un syndrome douloureux chronique touchant le rachis, sans constatation clinique susceptible de l'expliquer et en présence de nombreux points de fibromyalgie. Ils notent également une dissociation entre les plaintes de l'assurée et les observations cliniques, apparues lors des consultations. Sur le plan neurologique, l'examen clinique et l'ENMG ne révèlent pas de déficit radiculaire, le syndrome lombo-vertébral n'est pas important. Les radiographies standard montrent un matériel d'ostéosynthèse en place avec un listhésis résiduel peu important. Il est peu probable que la patiente puisse reprendre une activité physiquement lourde nécessitant une station debout prolongée et le port de charges de 10 kg ou plus. Au niveau psychique, l'expert n'a pas constaté de troubles justifiant une incapacité de travail et relève que l'assurée se plaint surtout de douleurs physiques, qu'elle est essentiellement fixée sur les douleurs. La dépression décrite n'est pas très intense, l'angoisse n'est pas très envahissante et les symptômes en général sont de faible intensité. Le diagnostic de fibromyalgie appelle celui de trouble somatoforme douloureux, qui n'est pas associé à une comorbidité psychique grave, il n'y a pas de perte de l'intégration sociale, pas de cristallisation de l'état psychique et donc pas d'incapacité de travail à retenir. Dans la synthèse et discussion du cas, les experts considèrent que l'évolution de la situation lombaire paraît suffisamment favorable depuis l'opération du 19 juin 2009 pour autoriser une reprise d'une activité professionnelle, d'abord à temps partiel, puis à temps complet dans une activité adaptée. Ils se fondent sur les observations faites lors des examens des 11 août et 18 septembre 2009. Les experts concluent en définitive à une capacité de travail de 50 % dès le 1<sup>er</sup> novembre 2009, puis à une capacité de travail de 100 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 dans une activité respectant les

limitations fonctionnelles, c'est-à-dire permettant les changements relativement fréquents de position, ne nécessitant pas un engagement physique lourd et le port régulier de charges de 10 kg ou plus. Les médecins traitants de la recourante considèrent en revanche que leur patiente est totalement incapable de travailler depuis août 2009 sur le plan psychiatrique (rapports de la Dresse R\_\_\_\_\_ des 16 mars 2010 et 12 octobre 2010), et, sur le plansomatique, depuis le 19 septembre 2008 (rapports du Dr L\_\_\_\_\_ des 20 janvier 2010 et 22 novembre 2010). Il convient de relever que le Dr L\_\_\_\_\_ a attesté d'une incapacité de travail de 100 % en dans l'activité de femme de ménage, ; il ne s'est toutefois pas prononcé quant à la capacité de travail dans une activité adaptée et n'a pas objectivé d'aggravation de l'état de santé. Le praticien ne fait pas état non plus d'éléments nouveaux qui auraient été ignorés des experts et ses attestations d'incapacité de travail à 100 % ne sont pas détaillées. La psychiatre, qui retient le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (F33.1), existant depuis 2006, précise que le trouble de l'humeur est fortement influencé par la problématique somatique et par la situation socio-familiale et financière. Quant au diagnostic d'anxiété généralisée (F41.1), si la recourante présente une thymie franchement abaissée, une tristesse, une anxiété très importantes, elle parvient à les gérer, quoique avec peine. Finalement, ces constatations rejoignent celles de l'expert psychiatre, selon lesquelles l'anxiété n'est pas très envahissante, les symptômes apparaissant plutôt légers, et la recourante est fixée sur ses douleurs. Par ailleurs, tout comme l'expert psychiatre, la Dresse R\_\_\_\_\_ n'a pas observé de trouble de l'attention, ni d'éléments de la ligne psychotique. Force est de constater que les rapports médicaux figurant au dossier ne permettent pas de remettre en cause les conclusions claires et motivées de l'expertise du CEMED, qui revêt pleine valeur probante. Pour le surplus, les documents produits ne font pas état de faits nouveaux postérieurement à l'expertise qui justifieraient d'autres investigations médicales, notamment sous forme d'une surexpertise pluridisciplinaire. Par conséquent, la Cour de céans fera siennes les conclusions des experts, selon lesquelles la recourante a recouvré une capacité de travail de 50 %, avec une diminution de rendement de 25 % depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2009 et une capacité totale de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. 10. Reste à déterminer le degré d'invalidité de la recourante. ![/endif]>![if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a LAI). Lors de l'ouverture du droit à la rente, in casu 2009 (cf. art. 28 al. 1 LAI), la recourante était en incapacité de travail totale dans toute activité, de sorte que son degré d'invalidité était 100 %, ouvrant droit à une rente entière d'invalidité. L'état de santé s'étant amélioré, il convient de procéder à la comparaison des gains en 2010, moment où la recourante a recouvré une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. S'agissant du salaire de valide, selon la déclaration de son employeur du 28 juillet 2009, la recourante percevait en 2008 un salaire mensuel de 3'825 fr. par mois, treize fois par an, soit 49'715 fr. En 2009, sans atteinte à la santé, elle aurait perçu un salaire annuel de 51'220 fr. Adapté selon l'indice de l'évolution des salaires nominaux, des pris à la consommation et des salaires réels (indice 2266 en 2009, indice 2284 en 2010, - La Vie économique, 12/2011, tableau B 10.3, p. 95), ce revenu s'élève à 51'627 fr. en 2010. Pour le revenu avec invalidité, il convient de se baser sur l'enquête suisse sur la structure des salaires 2010 (ESS), dès lors que l'assurée n'a plus travaillé depuis septembre 2008. Le salaire de référence est celui auquel peut prétendre une femme exerçant

des activités simples et répétitives, tous secteurs confondus, soit un revenu mensuel de 4'225 fr. (ESS 2010, tableau TA 1, niveau 4). Etant donné que ce montant est valable pour une durée hebdomadaire de travail de 40 heures, il y a lieu de l'adapter à la moyenne de la durée normale du travail dans les entreprises en 2010, soit 41,6 heures (La Vie économique 11-2011, tableau B,9,2), soit 4'394 fr. par mois et 52'728 fr. par année. L'intimé a procédé à une réduction de 15 %, pour tenir compte des limitations fonctionnelles qui obligent l'assurée à n'exercer qu'une activité légère, réduction qui paraît appropriée. Le revenu d'invalidité s'élève en définitive à 44'818 fr. Comparé au revenu sans invalidité, le degré d'invalidité est de 15 %, insuffisant pour permettre le maintien de la rente. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité au 31 mars 2010, en application de l'art. 88 a RAI. Pour le surplus, conformément à la jurisprudence, un degré d'invalidité inférieur à 20 % n'ouvre pas droit à des mesures de réadaptation (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Reste réservé le droit à une aide au placement, sur demande écrite et motivée. 11. Au vu de ce qui précède, mal fondé, le recours doit être rejeté. 12. Conformément à l'art. 69 al. 1bis LAI, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de la recourante, qui succombe. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A la forme :

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