

GE_GERICHTE A/1828/2011 vom 13. Dezember 2011

GE Cour de justice, 2011-12-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1828_2011

FR: GE_GERICHTE A/1828/2011 du 13 décembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/1828/2011 del 13 dicembre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame H _____, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame H _____ (ci-après l'assurée), née en 1972 au Kosovo, a travaillé en qualité d'aide-soignante auprès de X _____ du 1^{er} février 2003 au 11 mars 2004, date à laquelle elle a subi un accident professionnel entraînant des lombalgies post-traumatiques. Le 19 septembre 2004, l'assurée a été victime d'un second accident, alors qu'elle était en arrêt complet de travail, faisant une chute dans sa cuisine. Le diagnostic de contusion lombaire et de la hanche droite a été posé par la Dresse L _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, dans son rapport du 7 octobre 2004 adressé à l'assureur-accident. Le Dr M _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a été mandaté par l'assureur-accident afin de procéder à une expertise de l'assurée. Dans son rapport du 3 décembre 2004, ce médecin a retenu que l'assurée souffrait de lombosciatalgies droites sur hernie discale L4-L5, que ses plaintes actuelles étaient seulement possiblement en relation avec l'événement du 11 mars 2004 et qu'aucune maladie ou accident antérieur ou intercurrent ne jouait de rôle. Le statu quo ante devait être atteint six mois après l'événement déclenchant, soit le 11 septembre 2004, ce même en considérant une évolution excessivement défavorable d'un épisode de lombosciatalgie, et on pouvait considérer que l'assurée avait une capacité de travail de 50% à partir du 11 septembre 2004 et de 100% à partir du 11 novembre 2004. Par ailleurs, le médecin avait été particulièrement frappé par les doses de Tramal[®] consommées par l'assurée. Ce médicament provoquant très vite une dépendance et une accoutumance, il pensait que celle-ci devrait rapidement suivre un sevrage médicamenteux. Il estimait enfin qu'une évaluation psychiatrique ou psychosociale devait être envisagée par le médecin traitant si l'on ne voulait pas aggraver la situation. Par décision du 26 janvier 2005, l'assureur-accident a mis fin aux prestations légales au 31 décembre 2004. Selon les décomptes salariaux remis par l'employeur le 6 mai 2005, le revenu soumis à l'AVS de l'assurée s'est élevé à 59'851 fr. 80 en 2003 et 62'413 fr. 95 en 2004. Par décision du 6 juin 2005, l'assureur-accident a partiellement admis l'opposition de l'assurée à sa décision du 26 janvier 2005. Il a en effet conclu qu'un lien de causalité naturelle entre les événements et les troubles existait pendant une durée maximale de six mois après chaque accident, soit jusqu'au 19 mars 2005. Il a expliqué avoir soumis le dossier complet à son médecin-conseil le Dr N _____, spécialiste FMH en chirurgie, lequel a établi un rapport en date du 26 avril 2005. Celui-ci y a confirmé pour l'essentiel l'appréciation du Dr M _____ en précisant que d'après lui, s'agissant du second accident, le statu quo sine avait été retrouvé six mois après celui-ci et non six mois après le premier accident. L'assureur-accident a estimé, en se fondant sur les constatations du Dr N _____, que le rapport d'expertise réalisé par le Dr M _____ était concluant en

ce sens qu'on pouvait pratiquement démontrer avec certitude que des états préexistants dégénératifs tels qu'une dessiccation des disques intervertébraux entre L4 et S1 et des spondylarthroses L3-S1 étaient aptes de leur propre chef, lors d'un mouvement ou d'un effort légèrement hors du commun, à entraîner une symptomatologie telle que celle que l'assurée continuait à présenter six mois après l'accident. Selon le Dr N_____, du point de vue biomécanique, l'événement n'était absolument pas en mesure de provoquer une hernie discale. Il a ajouté que le deuxième accident, soit la chute du 19 septembre 2004, était à même, indépendamment de l'état pathologique dégénératif préexistant, de provoquer des troubles pendant six mois. Toutefois, dans le cas d'espèce, les troubles avaient certainement été influencés négativement par l'état préexistant. Il a dès lors fixé le statu quo sine à la mi-mars 2005 environ. Dans un arrêt du 10 octobre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours déposé par l'assurée contre la décision du 6 juin 2005. Il a confirmé que conformément au rapport du Dr N_____, le lien de causalité naturelle avait été interrompu six mois après le deuxième accident, soit dès le 19 mars 2005. L'assurée ayant interjeté un recours au Tribunal fédéral, celui-ci l'a admis dans un arrêt du 22 février 2007 (U_547/06) et a renvoyé le dossier à l'assureur pour instruction complémentaire sous la forme d'une expertise. Il a considéré qu'il ne pouvait pas être établi au degré de la vraisemblance prépondérante et de manière schématique que l'accident du 11 mars 2004, aggravé par l'accident du 19 septembre 2004, ne jouait plus de rôle dans la symptomatologie douloureuse de l'assurée. En effet, le Dr N_____ s'était prononcé in abstracto sans tenir compte de la situation concrète de l'assurée. Par ailleurs, certaines constatations de ce médecin étaient en contradiction avec celles du Dr M_____. Le 25 avril 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) tendant à l'octroi d'une rente. Dans un rapport du 30 juin 2005, la Dresse L_____ a posé les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques et d'état dépressif réactionnel depuis le mois de mars 2004. L'incapacité de travail était totale dans son activité précédente dès le 11 mars 2004 et vraisemblablement de 50 % dans une activité sans port de charges lourdes (plus de 2-3 kg) et sans travail lourd. L'assurée devait également pouvoir changer de position toutes les heures, voire toutes les demi-heures, et éviter les positions à genoux ou accroupie, l'inclinaison du buste, le parcours à pied sur plus de 1000 mètres, un horaire de travail irrégulier ainsi que le travail en hauteur et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente. Par décision du 1^{er} septembre 2005, l'assurée a été déclarée inapte au placement dès le 1^{er} juillet 2005 par l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI. Le 7 février 2006, la Dresse L_____ a indiqué au Dr O_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin au SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'AI (SMR), que la capacité de travail résiduelle de l'assurée dans une activité adaptée devait être évaluée de manière précise, objective et indépendante, soit lors d'un stage d'observation par exemple. Elle a précisé que l'assurée ne bénéficiait pas d'un suivi psychiatrique car elle n'en voyait pas la nécessité. Sur requête du 8 mars 2006 du Dr O_____, les Drs P_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et Q_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont procédé le 17 octobre 2007 à un examen rhumatologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 22 novembre suivant, ces examinateurs ont retenu les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques persistantes (M51.3) : discopathie L4-L5, et déconditionnement physique majeur, diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, ainsi qu'un excès pondéral et une dysthymie (F34.1), sans incidence sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, au niveau du rachis, l'examen a mis en évidence de modestes troubles de la

statique vertébrale. La mobilité du rachis lombaire était limitée, surtout sur le plan sagittal. Une IRM lombaire révélait des discopathies L4-L5 et L5-S1 significatives avec des protrusions discales médianes et dans une certaine mesure paramédianes, prédominant légèrement plus à gauche qu'à droite. De plus, il existait une importante hétérogénéité de la musculature érectrice du tronc, inhabituelle à l'âge de l'assurée, attestant d'une fragilité biomécanique évidente du carrefour lombo-sacré. Les examinateurs ont ainsi noté une atteinte significative indiscutable du rachis lombaire. Les limitations fonctionnelles somatiques consistaient en l'alternance des positions assise et debout deux fois par heure au moins, en l'absence de port de charges excédant 5 kg, de port régulier de charges de 7 kg et de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur le plan psychiatrique, les examinateurs ont relevé une tristesse réactionnelle au refus d'une intervention au mois de mai ou de juin 2006, avec une humeur dépressive, des ruminations existentielles relatives à l'état de santé somatique, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, et un sentiment d'inutilité. L'assurée était toutefois capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne. Cette symptomatologie correspondait à une dysthymie, qui n'était pas d'une intensité suffisante pour retenir un épisode dépressif léger. Elle n'avait ainsi pas de répercussion sur la capacité de travail. Il n'existait pas de limitations fonctionnelles psychiatriques. Les médecins ont considéré que l'analyse du Dr M _____ était a posteriori d'un optimisme déplacé. Ils ont toutefois admis que, dès mars 2005, soit un an après l'événement qualifié de traumatique en mars 2004, l'assurée aurait été en mesure de reprendre une activité professionnelle adaptée sur le plan biométrique. En conclusion, en raison de ses atteintes somatiques, l'assurée n'était plus apte à exercer son activité précédente d'aide-soignante. Sa capacité de travail dans une activité adaptée était limitée en raison de ses troubles dégénératifs lombaires disproportionnés pour son âge et de son déconditionnement musculaire sévère, présentant notamment une sangle musculaire lombo-abdominale inexistante. Les examinateurs ont ainsi préconisé qu'elle suive un programme de reconditionnement musculaire, soit un programme intensif de reconditionnement à l'effort, ce qui était exigible d'elle dès le mois de mars 2005. Partant, elle pouvait reprendre une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles à un taux initial de 50% dès mars 2005, puis de 100% après une période de trois mois. Le Dr R _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, mandaté par l'assureur-accident, a examiné l'assurée en date du 3 décembre 2007 et rendu son rapport le 14 janvier 2008. Il a posé les diagnostics de lombalgie chronique récidiviste avec irradiation dans la jambe droite sans déficit radiculaire après faux mouvement (M54.4), syndrome douloureux chronique avec éventuelle altération de la personnalité (F62.8) et suspicion de névrose de rente (F68.0), précisant qu'un examen par un spécialiste en psychiatrie était nécessaire. Il a constaté un status neurologique normal et des signes de surcharge psychique évidents. L'état de santé actuel était la conséquence des altérations dégénératives préexistantes et de l'état psychique de l'assurée, mais n'était pas en lien de causalité naturelle avec les événements de 2004. Il a conclu que le statu quo ante après l'événement du 11 mars 2004 était atteint le 11 septembre 2004 et le statu quo sine après l'accident du 19 septembre 2004 le 19 octobre 2004. La capacité de travail de l'assurée était depuis lors complète dans l'activité précédemment exercée. Cependant, le pronostic concernant la reprise d'une activité lucrative était mauvais, au vu de l'incapacité de travail qui perdurait, de l'état psychique de la famille ainsi que de la situation sociale et financière. D'après lui, une prise en charge psychiatrique ainsi qu'une assistance sociale, familiale et financière seraient nécessaires. De plus, il y avait lieu de réintégrer l'assurée

dans un processus de travail régulier. Par décision du 27 mars 2008, l'assureur-accident a fixé le terme de ses prestations au 19 octobre 2004, estimant que « l'évolution irréversible de l'état [somatique] antérieur aurait aussi conduit au même résultat sans l'accident ». Pour le surplus, l'assureur a d'emblée nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et les événements du 11 mars et du 19 septembre 2004. Suite à l'opposition de l'assurée, un accord transactionnel a été conclu, dont la teneur ressort de la décision sur opposition du 21 mai 2008 de l'assureur-accident. La somme de 100'000 fr. a été versée à l'assurée, laquelle renonçait à toutes prétentions envers l'assureur-accidents pour les suites de ses accidents du 11 mars et du 19 septembre 2009. La décision du 27 mars 2008 a été confirmée pour le surplus. En date du 1^{er} avril 2008, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle, qui devait se dérouler auprès des ÉTABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTÉGRATION (ci-après EPI) du 14 avril au 13 juillet 2008. Le 6 juin 2008, les EPI ont établi un rapport d'évaluation des capacités professionnelles de l'assurée. Il en ressort que la mesure a été interrompue de manière prématurée en date du 1^{er} juin, en raison d'une incapacité de travail attestée médicalement, du comportement démonstratif de l'assurée et de sa résistance insuffisante. Celle-ci devait être présente à mi-temps, dans un premier temps, afin de permettre un reconditionnement musculaire préalable à une augmentation progressive du temps de travail jusqu'à un plein temps. Elle ne s'était cependant plus présentée dès le 28 avril, la Dresse L _____ lui ayant délivré un certificat médical attestant d'une incapacité de travail de durée indéterminée. Les EPI ont constaté qu'elle était « plaintive et excessivement démonstrative, ce qui l'a rendue particulièrement inobservable sur un plan professionnel ». Par ailleurs, elle avait besoin d'un poste de travail lui permettant de mouvoir son corps et de faire quelques pas ; elle privilégiait en règle générale la position debout. Les activités étaient souvent interrompues après une heure, voire une heure trente, l'assurée sollicitant de pouvoir s'allonger. Celle-ci n'ayant été présente que durant deux semaines, les réadaptateurs ont indiqué qu'il s'agissait d'une période trop courte pour se prononcer objectivement sur un tonus ou un rythme quelconque et ont conclu que ses capacités physiques étaient incompatibles avec un emploi dans le circuit économique ordinaire. Par rapport intermédiaire du 27 juin 2008, la Dresse L _____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire depuis son précédent rapport, que les diagnostics n'avaient pas changé et que la persistance des lombosciatalgies droites chroniques invalidantes et de l'état dépressif avait une influence sur sa capacité de travail. Elle a précisé qu'elle ne savait pas si la compliance était optimale, qu'il n'existait pas une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique et qu'elle ne pouvait pas déterminer les limitations fonctionnelles de l'assurée, attendu que celle-ci déclarait ne rien pouvoir faire. Un retour au travail était difficile à imaginer, attendu que l'assurée n'avait pas travaillé depuis 2004. Le médecin a notamment joint les documents suivants: deux rapports des 1^{er} septembre 2005 et 9 novembre 2006 du Dr S _____, médecin au département d'anesthésiologie, pharmacologie et soins intensifs de X _____, lequel a posé les diagnostics de lombosciatalgies chroniques sur protrusion discale L4-L5, de maux et de douleurs myofasciales ; un rapport du 1^{er} mars 2007 de la Dresse T _____, chef de clinique au Service de neurologie de X _____, laquelle a retenu une lombosciatalgie droite sans déficit moteur évident, avec discrète hypoesthésie dans les territoires L5-S1. Par communication du 16 octobre 2008, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure de réentraînement au travail, laquelle devait se dérouler du 27 octobre 2008 au 8 février 2009 auprès de l'entreprise PRO. Dans un rapport du 15 décembre 2008, Madame I _____

du Centre d'évaluation PRO a indiqué que durant son stage, l'assurée avait été placée dans un atelier pratiquant du nettoyage industriel pour l'horlogerie et qu'elle avait effectué des activités d'empilage et de cerclage de capsules en plastique ainsi que des insertions de godets dans des barquettes. Durant la première semaine de stage, l'assurée a sollicité de se rendre une fois par jour à l'infirmerie pour se coucher pendant une quinzaine de minutes. Au début de la deuxième semaine, il a été constaté que l'assurée « n'a[vait] pas l'air bien » et qu'elle « sembl[ait] passablement souffrir ». Elle avait ainsi quitté son poste de travail après une heure et demie de présence. Après trois jours d'absence, l'époux de l'assurée avait transmis à l'entreprise PRO un certificat médical de la Dresse L_____, attestant d'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée et a rapporté que son épouse sollicitait l'arrêt de la mesure. Le Centre d'évaluation professionnelle avait appris que le médecin n'avait pas fixé de nouveau rendez-vous pour évaluer son état de santé. Dans un rapport du 5 février 2009, une collaboratrice du Service de réadaptation professionnelle de l'OAI a relevé que les deux stages entrepris s'étaient soldés par des échecs. Toutefois, le médecin traitant n'avait mis en exergue aucun élément médical nouveau. Eu égard à l'avis du SMR et à l'échec des diverses mesures, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité, dont il ressortait que le taux d'invalidité est de 21.9 %. S'agissant du revenu sans invalidité, il s'est référé à un salaire de 55'692 fr., censé correspondre à celui mentionné par l'employeur en 2005, correspondant à 57'274 fr. compte tenu de l'indexation jusqu'en 2008. Pour le revenu sans invalidité, il y avait lieu de retenir le salaire statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2006 (ESS, TA1, ligne Total), soit 49'690 fr. avant un abattement de 10 %. Par projet de décision du 16 février 2009, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité, son degré d'invalidité étant inférieur à 40%. Il a relevé qu'il résultait de l'examen rhumato-psychiatrique que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par décision du 27 mars 2009, l'OAI a confirmé ledit projet de décision. Par acte du 27 avril 2009, l'assurée, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, et sollicité l'octroi d'une rente entière dès le jour du dépôt de la demande de prestations. Elle a allégué être en totale incapacité de travail depuis son accident professionnel survenu le 11 mars 2004 et avoir subi une aggravation de son état de santé depuis 2005, année durant laquelle les dernières radiographies de son dos avaient été effectuées. Par réponse du 2 juin 2009, l'OAI a proposé le rejet du recours et la confirmation de la décision attaquée. Dans sa réplique du 29 mai 2009, l'assurée a sollicité, préalablement, l'audition éventuelle des Drs U_____, V_____ et W_____ et, principalement, l'octroi d'une rente entière dès le 25 avril 2005. Elle a soutenu qu'elle était en totale incapacité de travail et qu'il y avait lieu de suivre les déclarations de ses médecins traitants ainsi que celles ressortant du rapport des EPI tendant à dire qu'elle ne pouvait pas être placée dans un circuit économique normal. Elle a également souligné la péjoration de son état de santé, exposée par le Dr U_____. Elle a joint à son écriture : un rapport du 22 mars 2005 de la Dresse A_____, médecin adjoint au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur, faisant état de lombo-sciatalgies droites actuellement non déficitaires, d'une protrusion discale sous-ligamentaire au niveau L4-L5 et L5-S1 sans conflit disco-radicaire associé, d'une hernie discale médiane au niveau L4-L5 avec un probable conflit radicaire bilatéral. Le médecin a indiqué que l'assurée présentait un état d'épuisement tant physique que psychologique rendant toute prise en charge difficile, et que la crainte de l'aggravation des douleurs la retenait d'augmenter toute activité. La Dresse A_____ a signalé qu'elle

avait discuté avec l'assurée de la prise de Tramadol pendant la journée pour dormir, ce médicament étant un antalgique et non un somnifère. Elle avait également tenté de la rassurer quant au fait que l'intensité des douleurs n'était pas synonyme d'une maladie grave et qu'il conviendrait qu'elle reprenne très progressivement une activité physique régulière selon un programme établi avec un physiothérapeute ou un médecin traitant. L'assurée s'était en outre montrée intéressée par une thérapie cognitivo-comportementale. un courrier du 26 février 2009 de la Dresse L_____, aux termes duquel l'assurée lui avait indiqué lors d'une consultation au mois d'avril 2008, qu'il lui était extrêmement difficile d'effectuer le stage aux EPI, en particulier de travailler assise ou debout et d'exécuter des tâches mêmes faciles. L'assurée avait sollicité un arrêt de travail, ce sur quoi elle lui avait délivré un certificat d'incapacité de travail de 100% pour une durée indéterminée dès le 28 avril 2008 ; un rapport du 22 avril 2009 du Dr B_____, spécialiste FMH en radiologie et médecine nucléaire, lequel a comparé deux IRM de la colonne lombaire de 2005 et d'avril 2009. Il a mis en exergue une péjoration de la hernie discale L5-S1 à prédominance paramédiane gauche venant largement au contact des racines S1 des deux côtés avec épaississement inflammatoire de la racine S1 droite. De plus, il existait une dessiccation discale débutante L4-L5-S1, des modifications dégénératives du signal médullaire de la partie inférieure des corps vertébraux de L4 et L5 et une discrète composante inflammatoire en L5 ; un courrier du 5 mai 2009 du Dr U_____, indiquant que la récente IRM semblait démontrer une péjoration de l'hernie discale L5-S1 prédominant curieusement à gauche, mais semblant également provoquer une inflammation de la racine S1 à droite ; un rapport du 12 mai 2009 du Dr V_____, chef de clinique au Service de neurochirurgie chez X_____, qui a noté que l'IRM mettait en évidence une protrusion discale avec petite herniation médiane légèrement à gauche en L4-L5 et surtout une hernie discale L5-S1 gauche franche en contact avec les racines L5 et S1 gauches ainsi qu'un canal lombaire étroit. Eu égard à la symptomatologie existant actuellement et surajoutée à celle présente depuis deux mois, il a proposé une intervention chirurgicale, soit une hémisectomie et discectomie L5-S1 gauche ; un courrier du 18 mai 2009 du Dr W_____, dans lequel ce médecin a précisé qu'il n'avait vu l'assurée que deux fois en avril 2009. Une amélioration de son état de santé n'était pas envisageable, l'assurée présentait actuellement des poussées douloureuses et n'était pas en mesure de reprendre actuellement une activité lucrative. Elle devait consulter un spécialiste. Par duplique du 3 août 2009, l'OAI a persisté dans ses conclusions et a allégué qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée avait uniquement été rendue plausible postérieurement à sa décision du 27 mars 2009, de sorte que ces faits n'étaient pas de nature à influencer l'appréciation du dossier au moment où la décision attaquée avait été rendue. Cette aggravation devait dès lors faire l'objet d'une demande de révision de la part de l'assurée. L'OAI a transmis au Tribunal cantonal des assurances sociales un avis du 8 juillet 2009 du Dr C_____, médecin au SMR, lequel a estimé que tant l'examen bidisciplinaire des Drs P_____ et Q_____ d'octobre 2007 que l'expertise du Dr R_____ de décembre 2007 ne permettaient pas de conclure à une aggravation de l'état de santé de l'assurée dès 2005. Une éventuelle aggravation de son état de santé n'était intervenue, d'après le médecin du SMR, qu'après la décision sur opposition, soit au moment où l'assurée avait commencé à consulter différents médecins en avril 2009. Le courrier de février 2009 de la Dresse L_____, laquelle n'exposait aucun élément objectif nouveau, le confortait dans cette constatation. Ainsi, attendu que l'aggravation n'avait été exposée et documentée que postérieurement à la décision attaquée, le SMR ne pouvait pas modifier les conclusions contenues dans son rapport du 4 décembre 2007. Par

observations du 26 août 2009, l'assurée a contesté que l'aggravation de son état de santé ne se soit produite qu'au moment où elle a été constatée et a persisté dans ses conclusions, en précisant que les plaintes exprimées lors des mesures d'évaluation professionnelle ainsi que sa totale incapacité de travail étaient entièrement fondées. Par arrêt du 13 octobre 2009 (ATAS/1259/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours au sens des considérants et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire. S'il a reconnu une pleine valeur probante à l'expertise des Drs P_____ et Q_____, au demeurant corroborée par les rapports des médecins mandatés par l'assureur-accident, et aux termes de laquelle l'assurée présentait une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès mars 2005 en tout cas, il a considéré que l'aggravation de la symptomatologie lombaire constatée par divers médecins était selon toute vraisemblance antérieure à la décision litigieuse de sorte qu'elle devait être prise en compte. L'OAI devait ainsi procéder à l'instruction médicale, au besoin en mettant en œuvre une nouvelle expertise. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal fédéral l'a déclaré irrecevable par arrêt du 18 décembre 2009 (9C_969/2009). Sur demande de l'OAI, le Dr V_____ lui a adressé les documents suivants: rapport du 22 octobre 2009 de ce médecin indiquant que l'assurée, opérée le 31 août 2009 d'une hernie discale L5-S1, n'avait pas eu de complication opératoire et décrivait une très nette amélioration s'agissant des douleurs de la jambe. Elle ne se plaignait plus que de quelques fourmillements occasionnels et d'une douleur persistante aux points de Valleix à gauche et de douleurs lombaires basses. La mobilité et la marche étaient dans la norme. Un syndrome vertébral modéré était constaté. Le Dr D_____ a préconisé la reprise des activités de la vie quotidienne et l'instauration d'une physiothérapie pour musculation posturale; résumé d'observation du séjour de l'assurée chez X_____ du 27 août au 4 septembre 2009; compte-rendu opératoire de la discectomie L5-S1 par voie interlaminaire gauche et foraminotomie L5-S1 gauche réalisées le 31 août 2009 par le Dr D_____. Dans son rapport du 10 février 2010, la Dresse L_____ a fait état d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, liée à l'opération subie. Cette intervention avait permis une amélioration de la mobilité lombaire et une diminution des douleurs, mais le pronostic était réservé. Il y avait des limitations fonctionnelles au niveau du rachis lombaire, et la capacité de travail devait être déterminée par un stage d'observation. La concordance entre les plaintes et l'examen clinique était plutôt bonne, mais ce médecin ignorait si la compliance était optimale. Une reprise du travail pouvait probablement être envisagée à 50 % dans une activité adaptée. Dans son courrier du 5 mars 2010 à la Dresse L_____, le Dr V_____ a indiqué que l'assurée se plaignait désormais d'une douleur irradiant dans la cuisse à droite, apparue à la suite d'un faux mouvement. Il a évoqué la possibilité d'une nouvelle hernie discale L3-L4 paramédiane ou L4-L5 foraminale, raison pour laquelle une IRM était prévue. Cet examen a été réalisé par les Drs E_____ et F_____ du Service de radiologie de X_____ le 22 mars 2010. Ces médecins ont conclu à une hernie discale médiane en L4-L5 avec augmentation d'un rétrécissement récessal bilatéral prédominant à gauche et compression bilatérale des racines de L5, à une hernie discale en L5-S1 foraminale et extraforaminale à gauche sans conflit radiculaire, ainsi qu'à une fibrose postopératoire à gauche en L5-S1 responsable d'une compression récessable de S1 à gauche. Le Dr V_____ a indiqué par courrier du 26 avril 2010 à la Dresse L_____ qu'il avait revu l'assurée le 19 avril 2010. Il avait objectivé une démarche normale et une bonne mobilité du rachis lombaire. L'IRM avait mis en évidence une protrusion discale L4-L5 médiane, prédominant légèrement à droite. Il ne posait pour l'heure pas d'indication opératoire et préconisait la poursuite du traitement

conservateur. Dans un rapport du 17 juin 2010, la Dresse L_____ a indiqué que l'état de l'assurée, qu'elle avait revue le 7 mai 2010, était stationnaire depuis quelques mois. Les lombosciatalgies droites étaient persistantes, et le pronostic réservé. L'assurée avait des difficultés à mobiliser son rachis lombaire, sa capacité de travail dans une activité adaptée devait être évaluée par un stage d'observation. Dans son avis du 1^{er} novembre 2010, le Dr C_____ a retenu que l'assurée présentait une incapacité entière dans sa profession habituelle depuis le 11 mars 2004 mais totale dans une activité adaptée légère dès le 11 mars 2005, après le reconditionnement musculaire exigible, puis une incapacité totale de mars 2009 jusqu'à avril 2010. Dès cette date, elle disposait d'une capacité entière dans une activité légère épargnant le rachis. Le 16 novembre 2010, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée, aux termes duquel une rente entière lui était octroyée du 1^{er} mars 2009 au 31 juillet 2010. Il a retenu que dès mars 2005, l'assurée pouvait exercer une activité lucrative à temps complet sans formation complémentaire, qui aurait pu lui procurer un revenu de 49'690 fr. en 2005 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (TA1, ligne Total). Compte tenu d'un abattement de 10 %, le gain annuel était de 44'721 fr. La comparaison avec le salaire que l'assurée aurait pu réaliser auprès de son ancien employeur, soit 57'274 fr., le degré d'invalidité était de 22 %. Les conditions du droit à la rente étaient réunies de mars 2009 à juillet 2010, soit trois mois après l'amélioration de l'état de santé constatée en avril 2010. Dès cette date, un degré d'invalidité de 22 % n'ouvrant pas le droit à une rente était reconnu. Par courrier du 5 avril 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle n'avait pas reçu de décision sujette à recours et lui a demandé de préciser pour quel motif il considérait que l'incapacité de travail ne perdurait pas après mai 2010, en soulignant qu'elle n'était plus capable de travailler et en demandant qu'une rente lui soit versée sans limitation temporelle. Elle a joint à sa correspondance un rapport établi le 28 janvier 2011 par la Dresse G_____, cheffe de clinique au Service de rhumatologie de X_____. Il ressort de ce document que l'assurée a consulté en raison de lombosciatalgies droites chroniques. Ce médecin a conclu que l'assurée présentait un tableau de lombosciatalgies touchant un territoire plutôt L5, chronique, sans signe d'irritation radiculaire évident à l'examen clinique, et était frappée par une kinésiophobie marquée avec certains signes de Wadell positifs. Dans ce contexte, le traitement conservateur préconisé par le Dr V_____ lui semblait raisonnable. Elle a ajouté que plusieurs éléments lui faisaient suspecter un état dépressif sous-jacent, pour lequel une prise en charge spécialisée pourrait être discutée. Par décision du 10 mai 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} mars 2009 au 30 juin 2010. Dans son avis du 13 mai 2011, la Dresse AA_____, médecin au SMR, a relevé que le rapport de la Dresse G_____ ne permettait pas de modifier les conclusions du SMR du 3 novembre 2010, les lombosciatalgies étant connues. Par acte du 14 juin 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Sous suite de dépens, elle conclut préalablement à l'audition de la Dresse A_____ ainsi que de Madame I_____ de l'Entreprise Y_____, et au fond, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 25 avril 2006 (sic). Elle allègue que les rapports des médecins mandatés par l'assureur-accident doivent être examinés avec prudence, car celui-ci a transigé en lui allouant un montant de 100'000 fr. Elle soutient que les Drs P_____ et Q_____ ont relevé qu'un reconditionnement musculaire était impératif avant qu'on puisse exiger une reprise du travail, même dans une activité adaptée tout en indiquant que l'assurée aurait été en mesure de reprendre une telle activité dès mars 2005. Ce reconditionnement n'ayant pas eu lieu à la date de l'expertise, l'assurée était encore en incapacité de travail totale à la date de l'examen du SMR. Les médecins de ce service ont

de plus émis ces constatations en novembre 2007, soit plus de deux ans après la date retenue pour la reprise d'une activité, de sorte qu'elles sont de nature plus spéculative que scientifique. Le Dr C _____ a en outre considéré dans son avis du 4 décembre 2007 que l'inexistence de la sangle musculaire lombo-abdominale ne pouvait amener qu'à une aggravation de son état de santé, et l'assurée n'a pas eu connaissance de cet avis. Malgré cet avertissement du Dr C _____, elle a été adressée aux EPI mais n'a pas été en mesure de surmonter son déficit musculaire, et cette mesure a contribué à l'aggravation de ses douleurs et de ses atteintes. Une IRM réalisée en avril 2009 a en effet objectivé une deuxième hernie discale. La nouvelle décision de l'OAI ne donne aucune explication médicale sur les dates d'incapacité de travail totale retenues. S'agissant de la capacité de travail pour 2006, la Dresse A _____ et le médecin de l'assurance-chômage ont conclu à une incapacité de travail et l'OAI ne dispose pas d'éléments permettant de remettre en cause les appréciations de ces médecins. Elle soutient qu'on ne peut imposer à un assuré de se réadapter seul, immédiatement, et sans connaissance des limitations fonctionnelles imposées par son état de santé. Dans sa réponse du 6 juillet 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle qu'un assuré qui est considéré comme inapte au placement du point de vue de l'assurance-chômage n'a pas forcément droit à une rente d'invalidité, et que les notions de ces deux branches d'assurance ne se recouvrent pas. Il affirme que c'est à un assuré de prouver qu'une mesure de réadaptation n'est pas raisonnablement exigible selon la jurisprudence. L'OAI souligne que le rapport d'examen du SMR s'est vu reconnaître une pleine valeur probante par le Tribunal cantonal des assurances sociales dans son arrêt du 13 octobre 2009, entré en force, mais que la cause avait été renvoyée en raison d'une aggravation très vraisemblablement survenue avant le moment où la décision attaquée avait été rendue. Après examen des documents médicaux produits, le SMR a cependant considéré dans son avis du 13 mai 2011 qu'ils n'étaient pas de nature à modifier ses conclusions. L'assurée, dans sa réplique spontanée du 3 août 2011, a persisté dans ses conclusions. Elle requiert l'apport de son dossier de l'assurance-chômage. Elle souligne que seul le dispositif d'un arrêt revêt force de chose jugée, et non un de ses considérants. L'OAI ne peut ainsi tirer argument de la force probante reconnue à l'expertise du SMR. Elle soutient que le rapport du SMR d'octobre et novembre 2007 ne conclut pas à une capacité de travail entière ininterrompue depuis le mois de mars 2005, puisque les Drs P _____ et Q _____ ont expressément indiqué qu'une reprise du travail après reconditionnement pouvait être envisagée à la date de l'expertise, soit en 2007. Or, elle n'avait à cette époque pas encore effectué de reconditionnement, et on ne pouvait donc admettre une quelconque capacité de travail jusqu'en 2007. Elle reproche également aux Drs P _____ et Q _____ de n'avoir pas indiqué quand la recourante aurait perdu sa capacité de travail entre mars 2005 et octobre 2007. Elle est d'avis que l'aggravation de son état de santé est imputable à l'OAI, qui ne lui a pas communiqué les mesures médicales élémentaires à respecter et l'a forcée à reprendre une activité sans reconditionnement musculaire lors des stages professionnels. L'assurée tire argument du fait que le Dr O _____ a évoqué une "éventuelle capacité de travail résiduelle" en 2006, ce qui montre les doutes existant quant à son état de santé. Dans ces conditions, il est incompréhensible que les Drs P _____ et Q _____ aient pu conclure à une capacité de travail complète durant la période 2005-2006. Si même le Dr O _____ n'a pas été en mesure de déterminer ses limitations fonctionnelles, il n'était pas exigible qu'elle recherche une activité adaptée puisqu'elle en ignorait la nature. Par duplique du 24 août 2011, l'OAI a persisté dans ses conclusions. Il rappelle que lorsque le dispositif d'une décision se réfère aux motifs, ceux-ci en deviennent partie intégrante et

acquièrent force matérielle. Ils deviennent ainsi contraignants pour l'autorité à laquelle la cause est retournée. S'agissant du reconditionnement musculaire, il ne fait pas partie des mesures d'ordre professionnel prévues par la loi. Même s'il fallait admettre qu'il s'agit d'une mesure médicale, la loi limite la prise en charge d'une telle mesure aux assurés de moins de 20 ans. Le SMR a d'ailleurs noté que la mesure de reconditionnement était un échec en raison des arrêts de travail établis à la demande de l'assurée. Le 18 octobre 2011, la Cour de céans a invité l'OAI à indiquer sur quels éléments se fondait le Dr C_____ dans son avis du 1^{er} novembre 2010 pour retenir que l'assurée avait été en incapacité de travail totale de mars 2009 à avril 2010, les médecins interrogés dans le cadre de l'instruction ne s'étant pas prononcés sur l'incapacité de travail de l'assurée durant cette période. Par ordonnance du 19 octobre 2011, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier d'assurance-chômage de l'assurée. L'OAI a déféré à la requête de la Cour par courrier du 24 octobre 2011, produisant un avis du Dr C_____ du 20 octobre 2011. Ce médecin a noté que l'aggravation de l'état du rachis lombaire mise en évidence par l'IRM du 22 avril 2009 n'était objectivable qu'après la décision de l'OAI du 27 mars 2009. Il ne pouvait adhérer à l'avis du Tribunal cantonal des assurances sociales, selon laquelle l'aggravation était antérieure à la décision litigieuse. En effet, l'assurée n'avait consulté le Dr U_____ que le 20 avril 2009, sans aucune consultation d'un service d'urgence au préalable. Or, il était peu probable que l'assurée ait souffert d'une sciatique irritative pendant un mois sans consulter de médecin. S'agissant de la fin de l'incapacité totale, les pièces versées au dossier faisaient état d'une évolution satisfaisante après la décompression du 31 août 2009, l'assurée ne prenant plus que du paracétamol. La sciatique gauche n'était en outre plus mentionnée par la Dresse L_____ dans son rapport du 17 juin 2010, relatant une dernière consultation le 7 mai 2010. Partant, c'est cette date qui avait été prise en compte pour la reprise d'une activité adaptée. Par courrier du 26 octobre 2011, l'OCE a informé la Cour de céans qu'il n'était plus en possession du dossier de l'assurée, celui-ci n'ayant été archivé que cinq ans. Le 31 octobre 2011, la Cour de céans a transmis l'écriture de l'OAI à l'assurée ainsi qu'une copie du courrier de l'OCE aux parties. L'assurée s'est déterminée sur l'écriture de l'OAI par courrier du 15 novembre 2011. Elle souligne que le SMR n'a pas procédé à un examen médical après le 30 avril 2010. Or, elle a été opérée en août 2009 par le Dr V_____. L'opération a été suivie d'une amélioration transitoire puis d'une rechute en décembre 2009, comme cela ressort du rapport de la Dresse G_____ du 28 janvier 2011. La Dresse L_____ a indiqué dans son rapport du 10 février 2010 qu'elle ne pouvait se déterminer sur la capacité de travail de l'assurée sans stage d'observation, tout en faisant état d'une possible reprise ultérieure du travail à 50 %, hypothèse qui ne s'est cependant pas vérifiée. Le Dr U_____ a en effet confirmé dans son courrier du 10 août 2011 que sa capacité de travail reste nulle en tant qu'aide-soignante, seule une capacité à effectuer des travaux ménagers légers reste possible. Elle sollicite l'audition des Drs U_____ et L_____ pour déterminer la capacité de travail après le 30 avril 2010. Elle produit le rapport du Dr U_____ du 10 août 2011, dans lequel ce médecin précise qu'il n'a revu qu'une fois l'assurée depuis l'opération d'août 2009, soit le 8 juin 2011, date à laquelle elle a consulté pour une récurrence de douleur de type lombosciatique droite. A l'examen clinique, aucun déficit sensitivomoteur n'a été noté mais la mobilité du rachis lombaire est fortement diminuée. Une nouvelle IRM n'a pas montré de récurrence d'hernie mais mis en évidence une fibrose post-opératoire modérée de l'étage L5-S1, ainsi qu'une arthrose des articulations postérieures de l'étage L4-L5 et L5-S1. Il a proposé des infiltrations des articulations postérieures et foraminales L4-L5 et L5-S1 droites pour

remédier à la sciatalgie droite. La capacité de travail est nulle en tant qu'aide-soignante, mais la capacité à effectuer des tâches ménagères légères subsiste et doit être réévaluée après le traitement par infiltrations. Copie de ce courrier et de son annexe a été transmis à l'OAI le 17 novembre 2011. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT

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 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 déterminants se sont produits (ATF 130 V 230, consid. 1.1; ATF 129 V 4, consid. 1.2; ATF 127 V 467, consid. 1; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité. a) Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133, consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs

liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est

comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGa). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF du 24 avril 2006, I 168/05, consid. 3.3; ATF du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF du 20 novembre 2009, 9C_142/2009, consid. 4.1; ATF du 24 août 2007, 9C_237/2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux

d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 , consid. 5b). Dans son arrêt du 13 octobre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales s'est déjà penché sur la plupart des documents médicaux dont se prévaut l'assurée. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur l'appréciation des preuves à laquelle il a procédé, en particulier sur la pleine valeur probante reconnue à l'expertise des Drs P_____ et Q_____ et c'est en vain que l'assurée revient sur les contradictions qu'elle croit y voir. Il sied en effet de rappeler que l'autorité de la chose jugée découle de la force jugée et la complète en interdisant de remettre en discussion, dans une nouvelle procédure, ce qui a été définitivement jugé. Savoir ce qui a déjà été jugé est objectivement limité à ce qui a fait l'objet du jugement, c'est-à-dire en principe à son seul dispositif. Toutefois, dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que le Tribunal qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (ATF 9C_407/2008 du 6 avril 2009, consid. 1.1). Tel est le cas en l'espèce, puisque le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours au sens des considérants. Quoi qu'il en soit, les critiques de l'assurée quant à la capacité de travail retenue par les Drs P_____ et Q_____ tombent à faux. Le fait que le reconditionnement musculaire n'ait pas eu lieu à la date de l'expertise ne permet pas de conclure à une incapacité de travail totale jusqu'à cette date. En effet, l'obligation de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales, en vertu duquel l'assuré doit entreprendre toutes les mesures raisonnablement exigibles de lui afin de réduire le dommage (ATF 129 V 460 , consid. 4.2; ATF U 323/04 du 30 août 2005, consid. 5.3.1). De plus, selon l'art. 16 LPGA, une rente d'invalidité n'est en principe due que pour la période où l'incapacité de gain ne peut être supprimée ou réduite par des mesures raisonnablement exigibles de la part de la personne assurée pour réduire le dommage causé par l'atteinte à la santé, qu'il s'agisse de mesures de réadaptation au sens de la loi (art. 7 al. 2 LAI) ou de mesures qu'elle pourrait entreprendre de son propre chef (ATF 9C_368/2010 du 31 janvier 2011, consid. 5.1.2). En vertu de ces principes, il était exigible que l'assurée entreprenne un reconditionnement musculaire. Contrairement à ce qu'elle allègue, elle savait dès 2005 qu'elle devait entreprendre une telle mesure thérapeutique puisqu'il ressort du rapport de la Dresse A_____ que celle-ci l'a rendue attentive à la nécessité de reprendre une activité physique régulière sous contrôle médical. Les allégations de l'assurée selon lesquelles l'OAI est responsable de l'aggravation de son atteinte à la santé doivent ainsi également être écartées. On notera au demeurant que ces affirmations ne sont nullement documentées et qu'il paraît pour le moins douteux que les activités exercées aux EPI, particulièrement légères et adaptées aux limitations fonctionnelles établies par les experts, aient été de nature à provoquer l'hernie discale apparue par la suite. S'agissant de l'aggravation survenue en 2009, l'OAI a complété l'instruction en requérant les renseignements nécessaires auprès des médecins traitants de l'assurée. Tenant compte de l'aggravation de la hernie discale L5-S1, apparue à l'IRM d'avril 2009 et opérée en août 2009, le Dr C_____ a admis une incapacité de travail entière de mars 2009 à avril 2010. La motivation de ses conclusions, qui ressort de son avis du 20 octobre 2011, est convaincante. Il n'existe de plus aucun rapport médical susceptible de la remettre en cause s'agissant du début de l'incapacité de travail, qu'il a fait remonter à mars 2009. L'assurée n'a en effet fourni aucun document démontrant qu'elle aurait consulté un médecin avant le mois d'avril 2009, et le Dr V_____, en évoquant l'apparition de la nouvelle hernie discale dans son rapport du 12 mai 2009, a indiqué que les symptômes étaient présents depuis deux

mois, soit précisément dès mars 2009. Quant à la fin de l'incapacité de travail, le Dr C _____ l'a datée à mai 2010, compte tenu de l'évolution satisfaisante après l'intervention chirurgicale et de la disparition de la sciatique ressortant des rapports des médecins. Le Dr V _____ a en effet signalé le 22 octobre 2009 que les douleurs dans la jambe s'étaient nettement amendées. Cette amélioration a été confirmée en février 2010 par la Dresse L _____. Si l'assurée a évoqué une douleur irradiant dans la cuisse droite lors de sa consultation de mars 2010 avec le Dr V _____, ce médecin n'indique pas que ce symptôme persiste dans son rapport d'avril 2010. La Dresse L _____ ne l'évoque pas non plus dans rapport de juin 2010, faisant uniquement état de lombosciatalgies à droite, ce qui correspond à un diagnostic connu de longue date dont les Drs P _____ et Q _____ ont tenu compte lors de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Quant à la discopathie L4-L5 médiane à laquelle se réfère le Dr V _____, elle n'a pas été révélée par l'IRM du 22 mars 2010 puisqu'il s'agit d'une atteinte déjà évoquée par la Dresse A _____ en 2005 et par les experts dans leur rapport du 22 novembre 2007. Il y a donc lieu de se rallier à l'appréciation du Dr C _____, selon laquelle l'incapacité de travail de l'assurée liée à la hernie discale L5-S1 et sa cure chirurgicale s'est achevée en mai 2010. Dès cette date, les atteintes subsistant sont celles qui ont fait l'objet de l'expertise rhumato-psychiatrique réalisée en 2007, au terme de laquelle l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. On notera en particulier que le rapport du 28 janvier 2011 de la Dresse G _____ ne permet pas de parvenir à une autre conclusion, puisque ce médecin ne fait état d'aucun diagnostic nouveau. Le rapport du Dr AB _____ du 10 août 2011 se réfère également à des douleurs dont les experts ont tenu compte, et précise que la nouvelle IRM n'a pas montré de récurrence de hernie. Enfin, les Drs L _____ et AB _____ ne contredisent pas les conclusions du Dr C _____ sur la capacité de travail de l'assurée dès mai 2010, et ne permettent dès lors pas de remettre en cause l'avis du médecin du SMR sur ce point. En effet, la Dresse L _____ n'a pas été en mesure d'indiquer la capacité de travail de l'assurée, qui devait selon elle faire l'objet d'un stage d'observation. Le Dr AB _____ n'a quant à lui vu l'assurée qu'une fois en juin 2011, de sorte qu'on voit mal comment il pourrait se déterminer sur la capacité de travail de celle-ci pour l'année qui précède. A la lecture de son rapport, il semble d'ailleurs que ce médecin n'exclut pas que l'assurée dispose d'une capacité de travail dans des activités légères. Compte tenu de ce qui précède, l'audition des Drs L _____ et AB _____ s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. Il n'est pas non plus nécessaire de procéder à l'audition de la Dresse A _____ et de Madame I _____, puisque leurs observations portent sur une période pour laquelle le Tribunal cantonal des assurances sociales a d'ores et déjà admis que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Pour le surplus, s'agissant des indications que pourrait donner Madame I _____, la Cour de céans rappelle que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). L'assurée fait grief à l'OAI de ne pas avoir procédé à son examen médical depuis le 30 avril 2010. Cependant, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). C'est également le cas d'un avis médical qui se fonde sur l'examen des rapports des médecins traitants d'un

assuré, de sorte que ce moyen est sans pertinence. L'assurée semble également reprocher à l'OAI de ne pas avoir motivé médicalement la période d'incapacité de travail retenue dans sa décision. Le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65 , consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 , consid. 3d/aa). En l'occurrence, il est vrai que tant la décision que l'avis du Dr C_____ du 1^{er} novembre 2010 étaient insuffisamment motivés. La Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen, et l'OAI ayant fourni des explications complémentaires dans son écriture du 24 octobre 2011, la violation du droit d'être entendu doit cependant être considérée comme réparée. Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions des Drs P_____, Q_____ et C_____ et retiendra que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée de mars à juin 2005, date à laquelle elle a recouvré une capacité de travail totale. Elle a à nouveau subi une incapacité de travail totale du 1^{er} mars 2009 au 30 avril 2010. En vertu de l'art. 29 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prenait naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). A l'issue de ce délai de carence, soit en mars 2005, l'incapacité de travail de l'assurée a persisté pendant trois mois à 50 %. Il convient dès lors de procéder au calcul de son degré d'invalidité pour déterminer si ce taux d'incapacité donne droit à une rente. Le salaire sans invalidité retenu par l'OAI dans son rapport de réadaptation du 5 février 2009 est de 55'692 fr.. On ignore sur quels documents se fonde l'OAI sur ce point. En effet, selon les fiches de salaire des X_____, l'assurée a réalisé un revenu de 59'851 fr. 80 en 2003, dernière année complète d'activité avant la survenance de l'incapacité de travail. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce montant. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2005, année pour laquelle le droit à la rente doit être examiné, le revenu sans invalidité est de 63'101 fr. Quant au revenu d'invalidé, c'est à juste titre que le Service de réadaptation a retenu le salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives. C'est toutefois aux résultats de l'ESS 2004 et non 2008 qu'il convient de se référer, soit 3'893 fr. mensuels et 46'716 fr. annuels pour les femmes (TA1, ligne Total) pour 40 heures de travail hebdomadaires. Ce revenu doit être adapté à la durée moyenne du travail (41.6 heures en 2005 selon la Statistique sur la Durée normale du travail) et à l'indexation, ce qui le porte à 49'119 fr. ou 24'560 fr. en tenant compte d'une capacité de travail de 50 %. Le degré d'invalidité est ainsi de 61 % de mars à juin 2005. Cela ouvre le droit à un trois quarts de rente selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007. Depuis le 1^{er} juillet 2005, l'assurée dispose en revanche d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, exception faite de la période d'incapacité de travail totale de travail de mars 2009 à avril 2010. Le calcul de son degré d'invalidité repose dès cette date sur un revenu d'invalidé de 49'119 fr. pour une activité exercée à plein temps, sur lequel il faut encore procéder à un abattement de 10 %, ce qui le porte à 44'207 fr. La comparaison avec un revenu sans invalidité aboutit à un montant de 29.94 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il convient cependant de relever que la décision par laquelle l'assurance-invalidité

accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGa (ATF 9C_575/2008 du 29 août 2008, consid. 4). Il y a donc lieu d'appliquer l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), qui dispose que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, 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. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente. Conformément à cette disposition, l'assurée a donc droit à un trois quarts de rente du 1^{er} mars au 30 septembre 2005, et à une rente entière du 1^{er} mars 2009 au 30 juillet 2010, et la décision entreprise doit donc être réformée sur ces points. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. L'OAI supportera l'émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement au sens des considérants. Dit que l'assurée a droit à trois quarts de rente du 1^{er} mars au 30 septembre 2005 et à une rente entière du 1^{er} mars 2009 au 30 juillet 2010. Confirme la décision de l'OAI pour le surplus. Condamne l'OAI à verser une indemnité de 1'000 fr. à l'assurée à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'OAI. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.