

## **GE\_GERICHTE A/2704/2011 vom 4. Juli 2012**

GE Cour de justice, 2012-07-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2704\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2704_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2704/2011 du 4 juillet 2012

IT: GE\_GERICHTE A/2704/2011 del 4 luglio 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Madame J \_\_\_\_\_, domiciliée à Versoix recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame J \_\_\_\_\_, née en 1955, mariée et mère de deux enfants nés en 1977 et 1985, est originaire de Bosnie. Elle est arrivée en Suisse en 1981 a acquis la nationalité suisse en 2000. Depuis 1990, elle a travaillé pour le même employeur dans le conditionnement pour un salaire annuel de 54'000 fr. en 2008. Selon les indications de son dernier employeur, le salaire en 2009 se serait situé entre 4'500 fr. et 4'700 fr. par mois. Le contrat de travail a été résilié pour fin juin 2009. A partir du 3 septembre 2008, une incapacité de travail totale de l'intéressée est attestée. Le 18 septembre 2008, le Dr L \_\_\_\_\_, neurologue, effectue un examen neurologique et une électroneuromyographie, l'intéressée se plaignant de lombosciatalgies irradiant jusqu'au pied droit et accompagnées de blocages. L'examen neurologique est normal. L'électroneuromyographie des membres inférieurs montre des signes de dénervation modérément abondants dans le jumeau interne droit et les paraspinaux des deux côtés. Ce médecin constate par ailleurs qu'il n'y a pas de bonne corrélation entre le trajet douloureux clinique, les anomalies radiologiques et les quelques signes de dénervation. Il propose de poursuivre le traitement conservateur. En février 2009, l'assurée requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue d'une rente. Ce même mois, elle est soumise à une expertise médicale par le Dr M \_\_\_\_\_, rhumatologue, à la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur. Dans son rapport du 20 février 2009, ce médecin pose les diagnostics de lombalgie chronique, tendinobursite trochantérienne droite, obésité et diabète non insulino-requérant. La capacité de travail dans son emploi habituel est de 50 %, puis de 100 % dans un délai d'un à deux mois. Une physiothérapie ciblée sur les muscles de la péri-hanche et une ou deux infiltrations para-trochantériennes de corticostéroïde devraient améliorer la situation. Cependant, l'assurée a affirmé qu'elle ne pouvait pas travailler, quel que soit l'emploi envisagé, de sorte qu'il y a un risque important qu'elle se plaigne rapidement d'une exacerbation de ses douleurs et demande à être mise en incapacité de travail complète après quelques jours de travail. Des mesures de réinsertion sont dès lors inutiles. Le pronostic de l'expert est pessimiste pour l'évolution des plaintes douloureuses. Il ressort par ailleurs de cet expertise que, depuis que l'assurée a arrêté de travailler, il y a une légère diminution des douleurs qui l'empêchent néanmoins d'avoir des activités normales durant la journée. L'assurée quantifie les douleurs sur une échelle de la douleur de 7-8/10 en moyenne. Les médicaments n'ont jamais soulagé les douleurs. Dans l'anamnèse personnelle et familiale, il est mentionné qu'elle vit actuellement seule avec son mari. Elle a trois petits-enfants et s'occupe de certains d'entre eux, bien qu'elle soit limitée par la lombosciatalgie. Son mari est au bénéfice d'une rente de l'assurance-invalidité en raison de problèmes de dos. Quant au dernier emploi, celui-ci impliquait d'emballer dans des sachets

plastiques du matériel de laboratoire (tubes d'analyses), surtout en position assise, mais impliquant des mouvements répétitifs des membres supérieurs devant une table et des machines d'emballage. L'assurée pouvait se lever parfois et il ne semble pas qu'elle devait porter d'objets lourds. Dans l'appréciation du cas, l'expert relève que l'examen clinique ne révèle pas de syndrome vertébral ni radiculaire, mais constate des douleurs à la mobilisation du rachis, à la palpation de toutes les épineuses lombaires et de la musculature para-lombaire. Il y a une hernie discale L4-L5, en conflit avec la racine L4 droite. L'électroneuromyographie met en évidence quelques discrets signes de dénervation dans les muscles. Malgré ces constatations, il y a une discordance entre le tableau clinique et le bilan para-clinique. L'expert a l'impression qu'une grande partie des douleurs du membre inférieur droit est plutôt d'origine musculaire. Le 17 mars 2009, l'assurée a un entretien en vue de mesures d'ordre professionnel avec l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: OAI). Dans le rapport d'évaluation du 17 mars 2009 dudit office, il est constaté que, selon l'impression générale, l'assurée n'est pas en état de travailler actuellement et qu'elle souffre. La conclusion est la suivante : « L'assurée est entièrement préoccupée par ses douleurs et déprime. Elle ne sait pas dans quelle position se tenir, elle souffre tout le temps. Si un traitement médical efficace la soulage elle pourrait reprendre son travail habituel, relativement léger ». Le 29 mars 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ de la Permanence Vermont-Grand-Pré atteste des troubles dépressifs. L'évolution est défavorable, l'assurée souffrant de douleurs physiques avec un effet direct sur le psychisme. Dans les symptômes, ce médecin indique que l'assurée est déprimée et angoissée. Elle présente des troubles du sommeil, de l'appétit, de la concentration et de la mémoire. Dans les indications subjectives, il est mentionné que l'assurée se sent très mal et pleure durant l'entretien. Elle demande de l'aide pour s'en sortir. La médication consiste en Citalopram de 4 mg. L'incapacité de travail est totale et on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Selon le rapport du 29 avril 2009 du Dr O\_\_\_\_\_ de la Permanence Vermont-Grand-Pré, l'assurée souffre de lombosciatalgies chroniques invalidantes, sur la base de discopathies dégénératives, de protrusion discale L2-L3, d'une hernie discale L4-L5 luxée vers le bas et d'une hernie discale postéro-médiane et postéro-latérale droite avec un probable conflit avec la racine L4 à droite, ainsi que d'un état anxio-dépressif. Sa capacité de travail est nulle et on ne peut pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Le 12 mai 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_, psychiatre, atteste que sa patiente est déprimée et angoissée, a des difficultés à faire face à la vie quotidienne, se plaint de troubles du sommeil, de la concentration et d'un manque de confiance. Elle n'a pas d'activité pour le moment dans la vie quotidienne, dans laquelle est elle très limitée en raison de son état physique et psychique. Elle bénéficie d'un traitement antidépresseur médicamenteux. Le 13 mai 2009, le Dr O\_\_\_\_\_ fait savoir au conseil de l'assurée qu'il ne peut pas se prononcer sur sa capacité de travail, celle-ci étant surtout d'ordre psychique. Il relève qu'une tentative de reprise de travail à 50 % en date du 26 mars 2009 a provoqué une décompensation de l'état de santé psychique et un arrêt de travail le lendemain. Le Dr O\_\_\_\_\_ reprend par ailleurs les diagnostics de son précédent rapport. Le 11 août 2009, l'OAI informe l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation d'ordre professionnel sous forme de mesure dite d'intervention précoce n'est actuellement possible en raison de son état de santé. Il examinera dès lors son droit éventuel à d'autres prestations. Le 28 août 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail totale en septembre 2009. Le 8 septembre 2009, le Dr P\_\_\_\_\_, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (ci-après : SMR), prend contact par téléphone

avec le Dr Q \_\_\_\_\_ à Genève. Celui-ci lui indique que le diagnostic d'état dépressif est à son avis incapacitant. Il ne pense pas qu'un taux d'activité à 100 % soit faisable. Il y a par ailleurs un fait nouveau, la patiente venant d'être hospitalisée pour déshydratation. A la même date, le Dr P \_\_\_\_\_ contacte le Dr O \_\_\_\_\_ qui estime que les infiltrations ou une quelconque physiothérapie préconisée par le Dr M \_\_\_\_\_ sont inutiles, l'assurée ayant des douleurs partout. Selon la note d'entretien, « Après discussion, incluant le fait qu'il n'y a pas de fibromyalgie ni syndrome somatoforme diagnostiqué par le psychiatre, il est d'accord de considérer l'avis du Dr M \_\_\_\_\_ comme devant être suivi mais ne se prononce pas sur une quelconque CT ». Dans son avis médical du 11 septembre 2009, le Dr P \_\_\_\_\_ estime que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 50 % à partir du 21 février 2009 et de 100 % dès le 1<sup>er</sup> octobre 2009, sur la base de l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_ et de son entretien avec le Dr O \_\_\_\_\_. A la demande de l'assureur perte de gain de l'employeur, l'assurée est soumise à une expertise par le Dr R \_\_\_\_\_, psychiatre, aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG). Dans son rapport du 11 septembre 2009, l'expert émet le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission partielle. Cette symptomatologie est en réaction à un phénomène de douleur chronique, d'origine au moins en partie somatique, exacerbé depuis le 30 août 2008. Les symptômes anxieux dépressifs peuvent être considérés comme proches d'une réaction normale face à des troubles douloureux non soulagés par des traitements. La symptomatologie douloureuse est actuellement en premier plan, les troubles psychiques se limitant à une perte d'espoir et des signes d'anxiété. Il estime qu'il faut être prudent pour l'hypothèse d'une participation psychique aux symptômes douloureux, les plaintes de l'assurée concernant toujours les mêmes parties de son corps, étant toujours décrites de la même façon et n'ayant pas tendance à diffuser ailleurs. Elles ne sont par ailleurs pas atténuées par les traitements. Selon le Dr R \_\_\_\_\_, ces douleurs n'ont pas les caractéristiques qu'ont souvent les douleurs d'origine psychique. Même s'il existait une certaine amplification inconsciente des troubles, il n'exclut pas que la part réellement somatique ne justifie pas à elle seule une incapacité importante. Le traitement actuel, médicamenteux et de soutien psychothérapeutique, est adapté. Le pronostic psychiatrique est dépendant de l'évolution de la pathologie somatique. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail est complète. Il ressort par ailleurs du status psychiatrique que la présentation de l'assurée est dans la norme. Le contact est marqué par une attitude plaintive et un comportement de recherche de position antalgique durant tout l'examen. Le discours est centré sur les douleurs. Il n'y a pas réellement de tristesse, mais plutôt un découragement et un sentiment d'impuissance et de lassitude. La mimique et la gestuelle traduisent un sentiment de souffrance et d'anxiété. Le traitement actuel est de Citalopram 20mg. Le 19 octobre 2009, l'OAI fait parvenir à l'assurée un projet de refus de rente. Le 4 novembre 2009, un scanner lombaire est réalisé qui met en évidence une rétrolisthésis de premier degré de L4-L5 avec un canal étroit décompensé sur hernie discale médiane, paramédiane et foraminale droite en conflit avec les racines L5 et L4 à droite en particulier, ainsi qu'une discopathie globalement protrusive, prédominant légèrement à gauche en L3-L4 et discopathie protrusive prédominant à droite au niveau foraminale L2-L3. Le 17 novembre 2009, le Dr O \_\_\_\_\_ informe le conseil de l'assurée que l'état de la patiente s'est péjoré depuis plusieurs semaines, la douleur de la jambe droite ayant fortement augmenté et ne réagissant pas au traitement antalgique habituel. Les troubles physiques étant objectivés par le scanner, ils justifient une incapacité de travail totale. Par écriture du 19 novembre 2009, l'assurée s'oppose au projet de décision de l'OAI, par l'intermédiaire de

son conseil, sur la base notamment des rapports du Dr O\_\_\_\_\_ et du scanner. Le 7 décembre 2009, le conseil de l'assurée transmet à l'OAI les réponses que lui a données la Dresse N\_\_\_\_\_ à son courrier du 12 novembre 2009. Selon ce médecin, l'assurée souffre d'une réaction anxio-dépressive liée aux blocages du dos avec douleurs permanentes. Depuis début septembre 2009, la capacité de travail est nulle. Il y a une péjoration de l'état psychique liée à l'état physique. Le 21 décembre 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ établit un certificat d'incapacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Dans son rapport médical du 6 janvier 2010, la Dresse N\_\_\_\_\_ certifie une aggravation de l'état de santé psychique, allant de paire avec une aggravation de l'état physique depuis septembre 2008. La compliance est optimale. Le traitement est de Citalopram 40mg par jour et de psychothérapie. Une reprise de travail ne peut pas être envisagée. En février 2010, le Dr M\_\_\_\_\_ procède à une nouvelle expertise. Dans son rapport du 19 février 2010, il retient les diagnostics de lombosciatalgies chroniques L4/L5 prédominant à droite, dans un contexte de canal étroit sur hernie discale L4-L5 et protrusions discales étagées, d'obésité, de probable tendinobursite trochantérienne droite et de diabète non insulino-requérant. La capacité de travail est actuellement nulle au vu du syndrome lombo-vertébral et du syndrome radiculaire L4/L5 droit avec une bonne concordance avec le bilan radiologique de novembre 2009. Si le même tableau clinique devait persister, l'incapacité de travail pourrait être définitive. Toutefois, la diminution du seuil de la douleur parasite l'anamnèse et il faut se baser sur l'examen clinique plus que sur l'anamnèse pour juger le plus objectivement possible l'évolution. Selon ce médecin, les lésions radiologiques sont par ailleurs significatives et peuvent entraîner des irritations de plusieurs racines nerveuses. L'expert constate donc une péjoration de la situation clinique, vraisemblablement depuis octobre 2009. Le 25 mars 2010, le Dr O\_\_\_\_\_ atteste une aggravation de l'état psychique et physique. L'augmentation des lombalgies nécessite des infiltrations de cortisone deux fois par an. Du 11 au 14 octobre 2010, l'assurée séjourne à la Clinique romande de réadaptation (CRR) de Sion en vue d'une expertise pluridisciplinaire. L'anamnèse et l'examen clinique sont effectués par le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, en tant qu'expert principal. L'assurée fait également l'objet d'une expertise rhumatologique par le Dr T\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et rhumatologie, par le Dr U\_\_\_\_\_, psychiatre, et le Dr V\_\_\_\_\_, neurologue, ainsi que d'une évaluation en atelier professionnel. Les experts émettent les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgies chroniques sur lésions ostéochondroses étagées et discopathie protrusive L4-L5 en conflit avec la racine L5 droite. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, ils citent un syndrome métabolique avec diabète non insulino-dépendant, un trouble de l'adaptation avec une réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission partielle, et un syndrome douloureux somatoforme persistant. Le comportement de l'assurée est dans l'ensemble satisfaisant, mais il y a d'indiscutables signes de non organicité (soupirs, hypertonies d'opposition, 3/5 épreuves de Waddell positives). Le Dr T\_\_\_\_\_ relève un comportement douloureux caricatural. Selon ses dires, l'assurée n'assumerait plus aucune activité ménagère, conduisant la voiture familiale sur quelques kilomètres au plus. Les plaintes perdent en consistance, au fil de l'anamnèse, tant elles sont stéréotypées et paraissent destinées à convaincre l'expert de l'importance du handicap. Le comportement douloureux crée un obstacle à des mesures articulaires objectives. Partant, le Dr T\_\_\_\_\_ estime que le tableau clinique n'est pas cohérent et qu'il comporte une très nette majoration des symptômes. Les limitations sont les positions en porte-à-faux du rachis, le port de charges ou le maintien d'une même position

plus d'une demi-heure. Dans une activité adaptée respectant ces limitations, la capacité de travail dépasse, sur le plan physique, les 70 %. Sur le plan neurologique, le Dr V\_\_\_\_\_ indique que l'examen électroclinique montre une patiente avec un comportement algique qui imprègne l'examen neurologique. Elle est parfaitement apte à s'habiller et à se déshabiller rapidement. Le neurologue constate un ancien syndrome radiculaire S1 avec un léger déficit sensitivomotrice à droite, sans signe d'irritation actuelle. Les neurographies révèlent des signes pour une légère atteinte myélinique et sensitivomotrice du nerf médian, sans signe clinique actuel. De l'examen neurologique résulte une limitation pour un travail de force dans les positions en porte-à-faux, dans les positions prolongées sans possibilité d'alterner les positions et les ports de charges au-delà de 10 à 15 kilos. En ce qui concerne l'expert psychiatre, il estime que le trouble de l'adaptation n'est pas une comorbidité psychiatrique susceptible de diminuer la capacité de travail. Quant à l'évaluation en ateliers professionnels, il en ressort que l'assurée a collaboré à la mesure, a appliqué sans difficulté les consignes, s'est adaptée au programme d'activités simples et que la qualité de son travail était en général bonne. A titre d'aspect négatif, il est souligné qu'elle interrompait fréquemment sa tâche pour faire de nombreuses pauses et alterner régulièrement les positions de travail, et qu'elle a mis un terme prématuré à l'observation, énonçant des plaintes. Toute mesure professionnelle paraît dès lors dénuée de sens et l'employabilité de l'assurée sujette à caution. Les experts concluent à une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, laquelle semble impliquer des activités lourdes et répétitives. Dans une activité adaptée, en position alternée assise/debout, sans port de charges au-delà de 10 kilos et sans travaux lourds, sa capacité de travail est de 70 %. Dans leur complément d'expertise du 13 décembre 2010, les Drs T\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ estiment qu'il n'y a pas eu une réelle aggravation de l'état de l'assurée entre février 2009 et février 2010 et que la capacité de travail est de 70 % depuis septembre 2008. Le 2 mars 2011, l'assurée a un entretien avec la division de la réadaptation professionnelle de l'OAI. Il en ressort qu'elle se sent incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle à l'avenir et qu'elle conteste le taux de capacité de travail de 70 % retenu par les experts. Elle accepte de participer à un stage d'observation professionnelle, mais elle précise « qu'elle ne se sent pas capable subjectivement de travailler dans toute activité, que si elle se sentait capable de travailler elle aurait poursuivi dans son activité professionnelle auprès de X\_\_\_\_\_ SA car le travail qu'elle y réalisait était relativement léger ». Dans son rapport du 4 avril 2011, la division de réadaptation professionnelle arrive à la conclusion que l'assurée subit une invalidité de 46,7 %. Au vu de sa conviction d'être totalement incapable de travailler, les réadaptateurs estiment qu'il est impossible de mettre en place une mesure d'ordre professionnel. Le 11 avril 2011, l'OAI fait parvenir à l'assurée un projet d'octroi d'un quart de rente à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2009. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée conteste ce projet, tout en admettant qu'elle pourrait travailler à 50 % dans une activité adaptée. Elle estime que ses douleurs ont été sous-évaluées. Elles agissent tant sur sa capacité de travail que sur son sommeil. Le 19 juillet 2011, l'OAI confirme le projet de décision précité. Par acte du 8 septembre 2011, l'assurée recourt contre cette décision en personne, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière. Elle fait valoir que même si elle pouvait travailler à temps partiel, elle ne pourrait réaliser un salaire tel que retenu pour la comparaison des revenus. Elle sollicite à titre subsidiaire une nouvelle expertise. Par courrier du 14 octobre 2011, la Dresse W\_\_\_\_\_, rhumatologue, informe l'OAI que la recourante s'est présentée à sa consultation en raison d'une recrudescence de ses lombosciatalgies droites depuis quelques mois, diurnes et

nocturnes, exacerbées au moindre effort. L'IRM lombaire du 7 octobre 2011 met en évidence des troubles dégénératifs étagés, avec des remaniements inflammatoires des plateaux vertébraux, une hernie L4-L5 légèrement luxée vers le bas, sans réelle compression des émergences L5 et, en L3-L4, entrant en conflit avec l'émergence L4 gauche. En raison du tableau algique extrêmement important, ce médecin a fait hospitaliser la recourante au Service de rhumatologie des HUG pour complément de bilan et instauration d'un traitement antalgique adéquat. Dans sa réponse au recours du 24 novembre 2011, l'intimé sollicite la production des nouveaux rapports médicaux. Le 15 décembre 2011, la Dresse W \_\_\_\_\_ adresse à la Cour de céans le rapport du Service de rhumatologie des HUG du 3 novembre 2011 relatif à l'hospitalisation de l'assurée du 24 octobre au 4 novembre 2011. Les Drs A \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_ de ce service émettent les diagnostics de lombosciatalgies droites chroniques en exacerbation, d'anomalie de signal du pédicule L2 droit, d'état anxio-dépressif, d'hypovitaminose D, d'obésité, de bloc de branche gauche, de diabète de type 2 et de syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis janvier 2011. Le tableau de lombosciatalgie chronique est sans signe chronique d'irritation radiculaire, mais comporte des compressions sur les racines L4 et L5 droites. Sous traitement antalgique, AINS, myorelaxants, physiothérapie active avec renforcement musculaire, proprioception, stretching, travail de gainage à sec et en piscine associés à une infiltration épidurale, les douleurs diminuent de 40 %. Le périmètre de marche n'est pas limité. Contact a été pris avec le service du Dr C \_\_\_\_\_ pour évaluer l'indication d'une sanction chirurgicale. Dans le contexte de l'état anxio-dépressif, le traitement antidépresseur par Citalopram 40 mg par jour est poursuivi. Le 15 décembre 2011, la Dresse W \_\_\_\_\_ transmet, le rapport du 12 octobre 2011 du Dr D \_\_\_\_\_ relatif à l'IRM lombaire du 7 octobre 2011. Les conclusions de ce dernier sont les suivantes : Remaniements inflammatoires marqués de plateaux vertébraux en L4-L5 avec prédominance à droite, associés à un rétrolisthésis de premier degré de L4 sur L5 et à des épanchements articulaires postérieurs bilatéraux. Protrusion discale globale L4-L5 avec composante herniaire médiane légèrement luxée vers le bas au contact mais sans réelle compression des émergences L5 des deux côtés. Sténose des canaux radiculaires des deux côtés mais avec prédominance à droite. Discopathie avec discrets remaniements inflammatoires des plateaux vertébraux à gauche en L3-L4. Protrusion discale globale et composante herniaire luxée vers le bas, paramédiane gauche avec un fragment extrusif en conflit avec l'émergence L4 à gauche. Anomalie de signal pédiculaire à droite en L2. Sténose prédominant sur le canal radiculaire à gauche en L5-S1 mais de degré modéré associée à des épanchements articulaires postérieurs bilatéraux marqués. Le 7 février 2012, les HUG transmettent à la Cour de céans le rapport du 26 janvier 2012 du Dr C \_\_\_\_\_ du Service de chirurgie orthopédique et de traumatologie de l'appareil moteur. Ce médecin estime que la situation est difficilement supportable avec un score d'Oswestry de 76 %. L'examen clinique ne montre pas de déficit moteur mais une hypoesthésie diffuse. La résonance magnétique est malgré tout assez normale au niveau des disques sus-jacents à L4-L5. Le disque L5-S1 est parfaitement sain. Le Dr C \_\_\_\_\_ pense que la recourante souffre de lombosciatiques chroniques sur une atteinte L4-L5 isolée. Le traitement est arrivé à une impasse et une chirurgie peut s'envisager raisonnablement. La Dresse N \_\_\_\_\_ atteste le 14 février 2012 que sa patiente est très déprimée et angoissée, avec une péjoration de son état dû à ses douleurs lombaires, raison pour laquelle un changement de son traitement antidépresseur a été fait le 6 janvier 2012. Elle se plaint de difficultés à faire face dans la vie de tous les jours et que les douleurs physiques l'empêchent de dormir.

En raison de son problème cardiaque, un somnifère est déconseillé. Elle se plaint aussi de troubles de la concentration et de la mémoire, ainsi que d'une grande fatigue. Elle ressent de l'injustice et pleure durant l'entretien. Selon la psychiatre, la recourante est incapable de travailler. Depuis décembre 2011, elle est suivie par le Dr E \_\_\_\_\_ à Coppet. Dans son avis médical du 28 février 2012, la Dresse F \_\_\_\_\_ du SMR relève que le score Oswestry constitue une évaluation subjective de la répercussion des douleurs dans le cadre de lombalgies. Il est en outre mentionné que ce score est faiblement corrélé à la mobilité et modérément avec la douleur. L'examen clinique ne montre pas de déficit moteur, mais une hypoesthésie qui ne correspond pas au territoire habituel. Le médecin du SMR estime nécessaire de disposer d'informations sur les effets du nouveau traitement antidépresseur, ainsi que l'intervention envisagée par le Dr C \_\_\_\_\_. Dans sa détermination du 28 février 2012, l'intimé reprend cet avis. Dans son rapport du 29 mars 2012, le Dr C \_\_\_\_\_ informe la Cour de céans que le traitement chirurgical envisagé consiste en une fixation avec arthrodèse du segment L4-L5, ce qui permettrait éventuellement un soulagement partiel des symptômes douloureux. L'efficacité du traitement chirurgical ne peut toutefois être garantie. Les chances d'amélioration des symptômes douloureux sont de l'ordre de 60 à 70 % en moyenne, selon les données de la littérature médicale. Il relève par ailleurs avoir vu seulement une fois l'assurée en consultation, de sorte qu'il ne peut se prononcer précisément quant à une éventuelle péjoration ni se substituer à une expertise. Il lui semble toutefois que la symptomatologie douloureuse au niveau lombaire ne s'est pas modifiée. Le score d'Oswestry de 76 % constituait le jour de la consultation un handicap extrêmement sévère pour la patiente. Cependant, le score doit être interprété avec précaution, les réponses étant sujettes à l'état émotionnel du patient. Néanmoins, ce médecin estime que la patiente a un handicap important lié à la symptomatologie douloureuse chronique. Il n'y a pas de menace fonctionnelle aiguë de type paralysie soudaine. Enfin, le Dr C \_\_\_\_\_ relève qu'un score d'Oswestry ou d'autres questionnaires fonctionnels n'ont visiblement pas été utilisés dans l'expertise de la CRR. Dans son rapport du 2 avril 2012, le Dr E \_\_\_\_\_ émet le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive en 2009, pathologie invalidante à 100 % pendant deux mois et invalidante à 50 % pendant deux mois, de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive en 2010, pathologie invalidante à 100 % pendant trois mois et à 50 % pendant deux mois, de syndrome douloureux somatoforme persistant versus facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classés ailleurs, diagnostic présent au moins depuis 2008, pathologie non invalidante d'un point de vue strictement psychiatrique, d'épisode léger invalidant à 100 % pendant deux mois et à 50 % pendant deux mois à fin 2011, début 2012 avec guérison de l'épisode dépressif fin janvier, début février 2012, et d'épisode dépressif moyen invalidant à 100 % depuis mi-mars 2012. Dans les plaintes subjectives, le Dr E \_\_\_\_\_ relève une tristesse présente la plupart de la journée, une anhédonie partielle, fatigue matinale, troubles du sommeil, troubles lombaires et intenses quotidiennes, idées suicidaires passives en lien avec les douleurs. Le Dr E \_\_\_\_\_ constate un faciès triste, une hygiène déficitaire ce qui n'était pas le cas auparavant, un apragmatisme, une aboulie, un ralentissement psychomoteur modéré à sévère et des troubles de la concentration. Ces derniers sont invalidants, mais la situation psychique n'est pas encore stabilisée, le traitement antidépresseur ayant été changé récemment. La compliance est très bonne aux séances psychothérapeutiques (hypnose ciblée sur les douleurs par une psychologue qui parle le serbe) et aux séances psychiatriques. Le traitement n'étant pas encore stabilisé, un

dosage sanguin pour vérifier la compliance médicamenteuse n'a pas encore été effectué. Quant à l'évolution clinique depuis janvier 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ relève une guérison en février 2012 de l'épisode dépressif léger et une rechute dépressive moyenne en mars 2012. Il confirme par ailleurs le diagnostic retenu dans les expertises antérieures. Les invalidités étaient inférieures à six mois pour chaque épisode dépressif ou de trouble de l'adaptation. Le pronostic de l'épisode dépressif moyen actuel est positif, mais il existe un risque de rechute assez important, dépendant essentiellement des algies de la patiente. Enfin, la situation psychique n'étant pas stabilisée, il se justifie de réévaluer la situation dans six à douze mois. Dans son avis médical du 25 avril 2012, la Doctoresse F\_\_\_\_\_ constate, sur la base des nouveaux rapports médicaux, que la recourante ne présente pas de maladie psychiatrique incapacitante et que les épisodes dépressifs font partie du syndrome douloureux somatoforme. Selon ce médecin, le Dr E\_\_\_\_\_ ne fait que confirmer que le trouble somatoforme douloureux n'est pas une atteinte à la santé ayant une sévérité et une durée suffisante pour entraîner une incapacité de travail durable au regard de la jurisprudence et l'analyse des critères jurisprudentiels. Par écriture du 26 avril 2012, l'intimé persiste dans ses conclusions. Entendue le 16 mai 2012 par la Cour de céans, la recourante déclare ce qui suit : " Selon les médecins, une opération du dos ne pourrait pas soulager mes douleurs. Dans ces conditions, je renonce à une telle intervention. Je souffre maintenant également de douleurs aux pieds. C'est le Dr O\_\_\_\_\_ qui me suit pour ce problème, ainsi que la Dresse W\_\_\_\_\_. J'ai rendez-vous avec cette dernière la semaine prochaine". A l'issue de cette audience, 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 SS LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si la recourante peut bénéficier d'une rente d'invalidité supérieure à un quart. 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. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1 er janvier 2008). 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. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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 maladif, 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 , consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 , consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65 , consid. 4.2.2; ATF non publié 9C\_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations

d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 , consid. 1.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs 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 (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65, consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279, consid. 3.2.3). a) 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). 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 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, 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). On ajoutera qu'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). d) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). a) En l'espèce, la recourante a été soumise à une expertise par le Dr M \_\_\_\_\_ en février 2009. Selon ce médecin, la capacité de travail dans l'emploi actuel était de 50 %, puis de 100 % dans un délai d'un à deux mois. Ses diagnostics étaient lombalgie chronique, tendinobursite para-trochantérienne droite, obésité et diabète non insulino-requérant. Il a constaté une discordance entre le tableau clinique et le bilan para-clinique. Une année après, ce même expert fait état d'une péjoration de la situation clinique depuis vraisemblablement octobre 2009 et retient une incapacité de travail totale. Son avis est toutefois contredit par l'expertise pluridisciplinaire de la CRR qui a été effectuée en octobre 2010. Les experts ont émis les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de lombalgie chronique sur lésions ostéochondrose étagée et discopathies protrusives L4-L5 en conflit avec la racine L5 droite. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome métabolique

avec diabète non insulino-dépendant, un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission partielle, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il y avait des signes de non-organicité et, selon le Dr T \_\_\_\_\_, même un comportement douloureux caricatural qui a créé un obstacle à des mesures articulaires objectives. Selon ce médecin, le tableau clinique n'était pas cohérent et comportait une très nette majoration des symptômes. Le Dr V \_\_\_\_\_, neurologue, a également constaté que le comportement algique imprégnait l'examen neurologique et a relevé un ancien symptôme radiculaire S1 avec un léger déficit sensitivomotrice à droite, sans signe d'irritation actuelle. Selon les observations de l'expert neurologue, la recourante était parfaitement apte à s'habiller et à se déshabiller rapidement. En raison de ses atteintes, il y avait une limitation pour un travail de force dans les positions de porte-à-faux, dans les positions prolongées sans possibilité d'alterner les positions et les ports de charges au-delà de 10 à 15 kg. Quant à l'expert psychiatre, il n'a retenu qu'un trouble de l'adaptation sans répercussion sur la capacité de travail. En consilium, les experts de la CRR ont conclu que celle-ci est de 70 % dans une activité adaptée aux limitations. Dans leur complément d'expertise de décembre 2010, les experts T \_\_\_\_\_ et S \_\_\_\_\_ ont enfin considéré qu'il n'y avait pas une réelle aggravation de l'état de santé de l'assurée entre février 2009 et février 2010. Par la suite, les médecins consultés aux HUG ont confirmé pour l'essentiel les diagnostics retenus par les médecins précités sur le plan physique. Le Dr C \_\_\_\_\_ a toutefois mis en exergue un score d'Oswestry de 76 % qui constitue un handicap extrêmement sévère, tout en admettant que ce score devait être interprété avec précaution, les réponses étant sujettes à l'état émotionnel du patient. Selon ce médecin, la recourante souffrait d'un handicap important lié à la symptomatologie douloureuse chronique. La symptomatologie douloureuse au niveau lombaire ne s'était pas modifiée depuis l'expertise à la CRR et ce praticien ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail, n'ayant vu la recourante qu'une seule fois à sa consultation. b) Sur le plan physique, il convient donc de constater que les conclusions des médecins concordent largement en ce qui concerne les diagnostics. Toutefois, celles-ci divergent s'agissant de la répercussion des atteintes à la santé sur la capacité de travail. En effet, le Dr M \_\_\_\_\_ a considéré dans son rapport du 19 février 2010 que la capacité de travail était nulle au vu du syndrome lombovertébral et du syndrome radiculaire L4/L5, tout en admettant une bonne concordance avec le bilan radiologique de novembre 2009. Il a qualifié les lésions radiologiques de significatives et susceptibles d'entraîner des irritations de plusieurs racines nerveuses. Cependant, le Dr C \_\_\_\_\_ n'a pas contesté les conclusions du rapport d'expertise de la CRR et il lui semblait que la symptomatologie douloureuse au niveau lombaire ne s'était pas modifiée depuis cette expertise. Quant au score d'Oswestry très élevé, il admet que les réponses à ce questionnaire dépendent beaucoup de l'état émotionnel du patient. Il sied de relever que l'expertise de la CRR est très complète, a été rendue en connaissance du dossier médical, repose sur des examens approfondis, prend en considération les plaintes de la recourante et contient des conclusions motivées. A priori, elle remplit donc les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Cette expertise étant pluridisciplinaire, l'expertise du Dr M \_\_\_\_\_ du 19 février 2010 n'est pas propre à mettre en doute les conclusions des experts de la CRR. A cela s'ajoute que le Dr M \_\_\_\_\_ avait également admis dans sa première expertise qu'il y avait une discordance entre le tableau clinique et le bilan paraclinique, ce qui rejoint les constatations des experts de la CRR. Il se peut aussi que l'aggravation constatée par le Dr M \_\_\_\_\_ en février 2010 ait été passagère, puisque cela n'a pas été retenu dans

l'expertise de la CRR. Celle-ci emporte donc la conviction de la Cour de céans, en ce qui concerne les atteintes physiques. c) Sur le plan psychique, les diagnostics retenus dans l'expertise de la CRR sont sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R\_\_\_\_\_ a également exclu une incapacité de travail pour des raisons psychiques dans son expertise du 11 septembre 2009. Cela semble être contesté par la Dresse N\_\_\_\_\_ qui a certifié une incapacité de travail totale, en faisant état de troubles anxio-dépressifs. Cependant, le trouble dépressif est clairement lié à la symptomatologie douloureuse non objectivable et ne peut donc faire l'objet d'un diagnostic séparé, selon la jurisprudence précitée en la matière. Le Dr U\_\_\_\_\_, expert psychiatre dans le cadre de l'expertise de la CRR, a en effet retenu un trouble de l'adaptation et une réaction mixte, anxieuse et dépressive. Le caractère réactionnel des épisodes dépressifs est attesté aussi par d'autres médecins que les experts de la CRR. Ainsi, la Dresse N\_\_\_\_\_ a constaté dans son rapport du 29 mars 2009 que l'assurée souffrait de douleurs physiques avec un effet direct sur le psychisme. Tel était également l'avis du Dr R\_\_\_\_\_, dans son expertise du 11 septembre 2009 où il a relevé que la symptomatologie était en réaction à un phénomène de douleurs chroniques. Selon ce médecin il n'y avait pas réellement de tristesse mais plutôt un découragement, un sentiment d'impuissance et de lassitude. Dans son rapport du 7 décembre 2009, la Dresse N\_\_\_\_\_ a confirmé que la recourante souffrait d'une réaction anxio-dépressive liée au blocage du dos avec douleurs permanentes et que la péjoration de l'état psychique était lié à l'état physique. Cela ressort aussi de son rapport du 6 janvier 2010. Ce diagnostic est repris par le Dr E\_\_\_\_\_ dans son appréciation du 2 avril 2012. De surcroît, selon ce médecin, cette atteinte n'a pas provoqué des incapacités de travail supérieures à six mois pour chaque épisode dépressif ou de trouble de l'adaptation. Ainsi, même en admettant que la recourante souffre d'un trouble dépressif provoquant une incapacité de travail durable, cela ne peut être reconnu sur le plan juridique, selon la jurisprudence, dans la mesure où les épisodes dépressifs sont en l'occurrence associés à un syndrome douloureux somatoforme persistant. Quant aux critères permettant de reconnaître à ce trouble un caractère invalidant, ils ne sont pas remplis. En effet, comme relevé ci-dessus, la recourante ne souffre pas d'une comorbidité psychiatrique indépendante et importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Quant aux autres critères, des affections corporelles chroniques peuvent certes être retenues. Toutefois, la recourante ne subit pas une perte d'intégration dans tous les domaines de la vie, étant bien entourée par sa famille, et ne présente pas un état psychique cristallisé, l'anamnèse ne révélant aucun traumatisme ou dysfonctionnement psychique majeur. A cela s'ajoute que son comportement est qualifié par certains des experts de la CRR de démonstratif et exagéré. Il y a une incohérence entre le comportement observé et l'importance des plaintes alléguées, en ce que le Dr V\_\_\_\_\_ constate notamment que la recourante est capable de se déshabiller et s'habiller seule rapidement. Cela étant, seule une incapacité de travail de 30 % pour des raisons somatique peut être admise, en suivant les conclusions des experts de la CRR. La recourante conteste également, outre l'appréciation de sa capacité de travail, l'évaluation de sa perte de gain en faisant valoir qu'elle ne pourrait pas réaliser un salaire tel que retenu pour le revenu avec invalidité. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). b) En l'espèce, il est à relever que l'activité précédente était légère et adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, comme celle-ci l'a reconnu elle-même lors de son entretien du 2 mars 2012 avec la division de la réadaptation professionnelle de l'intimé. Partant, son taux d'incapacité de travail se confond en principe avec le taux d'invalidité. Toutefois, comme elle a perdu cet emploi, c'est à raison que l'intimé s'est référé pour le salaire d'invalide au salaire statistique pour une activité simple et répétitive, tous secteurs confondus, dans le secteur privé en 2009. En 2008, ce salaire était, pour un niveau de qualification 4, de 50'376 fr. par année (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, TA1, p. 23). Indexé à l'évolution des salaires entre 2008 et 2009, ce salaire est en 2009 de 51'444 fr. 40 (cf. Vie économique 6-2012, B10.3, p. 95). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2009 (41,6 heures en 2009; La Vie économique, 6-2012, p. 94,

B9.2), ce montant doit être porté à 53'502 fr. 20. Vu l'âge de la recourante, ses handicaps considérables, qui empêchent notamment toute polyvalence, et le taux d'activité partielle, il se justifie de procéder à un abattement de ce salaire statistique à hauteur de 20%, comme l'a admis l'intimé. Il en résulte un revenu de 42'801 fr. Au vu du taux de capacité de travail de 70%, le salaire d'invalidé s'établit ainsi à 29'961 fr. 20. En admettant un revenu sans invalidité de 55'149 fr., non contesté par la recourante, la perte de gain s'élève à 46 % (arrondi au pourcentage supérieur). Ce taux n'ouvre pas le droit à une rente supérieure à un quart. La décision de l'intimé doit donc être confirmée. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Dans la mesure où la recourante succombe, elle sera condamnée à un émolument de justice de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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