

# GE\_GERICHTE A/2860/2014 vom 1. April 2015

GE Cour de justice, 2015-04-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2860\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2860_2014)

FR: GE\_GERICHTE A/2860/2014 du 1 avril 2015

IT: GE\_GERICHTE A/2860/2014 del 1 aprile 2015

## Erwägungen

### E. 4

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jacques EMERY recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), de nationalité congolaise (RDC), née le \_\_\_\_\_ 1965, célibataire, est arrivée en Suisse en 1998 où elle a déposé une demande d'asile. <sup>2.</sup> Depuis février 1999, l'assurée a été suivie par la doctoresse B\_\_\_\_\_, médecin traitant. Un état de stress post-traumatique chronique a été diagnostiqué en 1999 ainsi qu'un état dépressif moyen avec syndrome somatique. L'assurée a été victime de violences, a subi des tortures et plusieurs membres de sa famille ont disparu. <sup>3.</sup> Le 24 novembre 2000, l'assurée a été victime d'un accident. Alors qu'elle traversait la chaussée, elle s'est fait renverser par une voiture. Elle a subi une luxation gléno-humérale antéro-intérieure gauche combinée par un arrachement du trochiter de l'humérus gauche. <sup>4.</sup> L'assurée a entrepris une activité de nettoyeuse à 50% depuis le 1<sup>er</sup> mai 2003, soit vingt heures par semaine, pour un salaire de CHF 2'003.30 bruts. <sup>5.</sup> Dans un rapport du 24 septembre 2003 à l'attention de l'OAI, la Dresse B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs résiduelles de l'épaule gauche suite à une fracture-arrachement du sus-épineux de la tête humérale depuis 2000, un état de stress post-traumatique chronique - diagnostic posé en 1999 -, un état dépressif moyen avec syndrome somatique, des céphalées de tension et une obésité morbide. Elle a attesté une incapacité de travail de 100% du 23 mars 2002 au 17 juin 2002, de 50% du 17 juin 2002 au 16 septembre 2002 et de 50% dès le 1<sup>er</sup> mai 2003. L'activité actuelle était encore exigible à raison de quatre heures par jour. L'assurée présentait par ailleurs des limitations fonctionnelles. Le médecin traitant a joint divers rapports médicaux dont le résumé de l'observation des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) où l'assurée avait été hospitalisée du 7 décembre 2000 au 20 décembre 2000. <sup>6.</sup> Selon le docteur C\_\_\_\_\_, chef de clinique du Département de chirurgie, une fracture-arrachement de l'insertion du sus-épineux de la tête humérale gauche a été diagnostiquée suite à l'accident. Dans un premier temps, les médecins avaient opté pour un traitement conservateur après réduction de l'épaule gauche le 24 novembre 2000 et mise en place d'un gilet orthopédique. Par la suite, les radiographies de contrôle ayant montré un déplacement secondaire du trochiter de l'humérus gauche combiné avec de fortes douleurs, un traitement chirurgical a été programmé et le 9 décembre 2000 une réduction sanglante et ostéo-suture a été effectuée. L'assurée a été immobilisée pendant six semaines, puis une physiothérapie active et passive a été débutée en février 2001. Le chef de clinique ne se prononçait pas sur la capacité de travail de l'assurée. <sup>7.</sup> Selon le rapport du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, l'assurée avait subi une fracture du

trochiter de l'épaule gauche, diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail. En revanche, l'état dépressif chronique antérieur à l'accident était sans répercussion sur la capacité de travail. La patiente était en arrêt de travail à 100 % depuis le 24 novembre 2000 et à 50% depuis le 13 mai 2002. !endif>!if> 8. Un examen clinique rhumatologique et psychiatrique a été organisé au SMR Suisse romande en date du 16 février 2006. Sur le plan somatique, le docteur E\_\_\_\_\_, médecine physique et rééducation, a retenu avec répercussion sur la capacité de travail une scapulo-brachialgie gauche chronique sur un status après fracture-arrachement du trochiter. Les autres diagnostics, l'obésité morbide l'hypertension artérielle traitée, le syndrome algique chronique localisé au membre supérieur gauche d'étiologie non organique étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la doctoresse F\_\_\_\_\_, psychiatre FMH, n'a pas retenu de pathologie chronique et invalidante de sorte que la capacité de travail exigible était de 100% dans toute activité. En définitive, les médecins du SMR ont retenu une incapacité de travail de 100% dans l'activité habituelle depuis le 24 novembre 2000 jusqu'au 31 mars 2001, puis une incapacité de 50% du 1<sup>er</sup> avril au 30 avril 2001. A partir du 1<sup>er</sup> mai 2001, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle, pour autant que les limitations fonctionnelles soient respectées. !endif>!if> 9. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de l'association Appartenances, a établi un rapport à l'attention de l'OAI en date du 7 mai 2006. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, un état de stress post-traumatique, chronique, avec moments de réactivation en fonction des stress environnementaux, depuis 1998, un épisode dépressif moyen, avec syndrome somatique, sans symptôme psychotique, en rémission incomplète sous Venlafaxine depuis février 2005, et victime d'un crime et d'acte de terrorisme, torture y compris (au Congo en 1998, avant son émigration). Du point de vue psychologique, la capacité de travail en tant que femme de ménage était de 100%. Dans son rapport, le médecin précise que l'assurée a pu retrouver son fils aîné H\_\_\_\_\_, né le \_\_\_\_\_ 1994, qu'un intermédiaire a amené en Suisse le 20 janvier 2004. En revanche, il lui a annoncé la mort violente de son fils de dix mois, enlevé en 1998 par les soldats qui l'avaient agressée. !endif>!if> 10. Par décision du 15 juin 2006, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, motif pris que depuis le 1<sup>er</sup> mai 2001, selon les conclusions de leur expertise, la capacité de travail était à nouveau complète dans une activité respectant les limitations fonctionnelles et que le degré d'invalidité s'élève à 4%, insuffisant pour ouvrir droit à des mesures d'ordre professionnel ou à une rente d'invalidité. Cette décision, non contestée, est entrée en force. !endif>!if> 11. Le 5 janvier 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations, invoquant la persistance des douleurs à l'épaule. Une nouvelle intervention chirurgicale était nécessaire selon l'orthopédiste. Selon les documents produits, l'assurée et son fils étaient au bénéfice d'une autorisation de séjour B. L'assurée a produit également un certificat de décès, aux termes duquel le père de l'enfant, auquel elle a été mariée selon le droit coutumier, était décédé le 20 décembre 1995 à Kinshasa. !endif>!if> 12. Le Dr D\_\_\_\_\_ a établi un certificat médical d'arrêt de travail le 10 décembre 2008, certifiant que l'assurée était incapable d'exercer un travail à plus de 50%, vraisemblablement pour une longue durée. !endif>!if> 13. L'assurée a communiqué divers rapports médicaux, notamment du Dr D\_\_\_\_\_, un rapport d'IRM, un rapport de radiographie ainsi qu'un certificat établi par la Dre B\_\_\_\_\_ en date du 29 janvier 2009, indiquant que sa patiente avait chuté sur le dos le 22 août 2008, à la suite de quoi elle a présenté une recrudescence des douleurs de l'épaule gauche et une aggravation de la symptomatologie du membre

supérieure gauche. Le Dr I\_\_\_\_\_ aurait prévu de refaire une intervention chirurgicale. ![/endif]>[/if> 14. Le 26 mars 2009, l'OAI a notifié à l'assuré un projet de refus d'entrée en matière sur la demande de prestations, le SMR ayant considéré qu'elle n'avait pas rendu vraisemblable une aggravation de l'état de santé. ![/endif]>[/if> 15. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a contesté ce projet, produisant divers rapports médicaux, notamment la convocation pour une intervention chirurgicale le 19 mai 2009 aux HUG. ![/endif]>[/if> 16. Dans un compte-rendu opératoire du 27 mai 2009, le docteur I\_\_\_\_\_, chef de clinique du département de chirurgie des HUG, a indiqué avoir effectué une mobilisation sous anesthésie générale, une arthroscopie de l'épaule gauche, une ténotomie du long chef du biceps, une libération de la capsule intérieure et de l'intervalle des rotateurs ainsi qu'une réinsertion ouverte du trochiter. ![/endif]>[/if> 17. Dans son rapport du 27 juillet 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une pseudarthrose du trochiter. L'assurée avait été hospitalisée du 19 mai 2009 au 22 mai 2009 aux HUG, puis ensuite à Beau-Séjour. Il a objectivé une épaule gelée et attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 29 janvier 2009, précisant qu'il était encore trop tôt pour se prononcer sur une reprise de l'activité professionnelle. ![/endif]>[/if> 18. L'assurée a rempli à l'attention de l'OAI une demande de prestations AI pour adultes en date du 19 septembre 2009, dans laquelle elle a précisé avoir subi un accident le 22 août 2008 (chute sur le dos) pour lequel elle a été en incapacité de travail totale. Elle avait été en traitement chez le docteur J\_\_\_\_\_ et Helsana, assureur-accidents, avait versé des indemnités journalières. Dans son rapport à l'attention de l'assureur-accidents, du 27 août 2009, le Dr J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une hernie discale protrusive L5-S1, avec aspect rétréci des foramens de conjugaisons en rapport, et attesté d'une incapacité de travail à 100 % depuis le 25 août 2008. L'activité habituelle n'était plus possible, une activité moins possible serait envisageable à 50 % à partir de la guérison. ![/endif]>[/if> 19. Dans un rapport médical intermédiaire établi à l'attention de l'OAI en date du 3 novembre 2009, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que le pronostic était réservé, une ré-opération étant possible. La capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et pour l'instant une reprise de travail n'était pas possible, la guérison osseuse n'étant pas acquise. ![/endif]>[/if> 20. Selon les renseignements communiqués par l'employeur Pro Senectute, l'assurée avait perçu son salaire en tant que collaboratrice fixe jusqu'au mois de janvier 2009. Suite à l'accident dont elle avait été victime le 22 août 2008, l'employeur ne l'avait plus revue. ![/endif]>[/if> 21. Le 5 juillet 2010, le Dr I\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de la patiente était resté stationnaire, qu'elle avait subi une cure de pseudarthrose trois mois auparavant qui n'avait pour l'instant aucune influence et que le pronostic était réservé. L'incapacité de travail était toujours totale. Une reprise de travail pouvait être éventuellement envisagée. ![/endif]>[/if> 22. Un examen clinique rhumatologique a été effectué par le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, médecin SMR, en date du 28 juin 2010. Dans son rapport du 13 juillet 2010, ce médecin a diagnostiqué avec répercussion durable sur la capacité de travail, des scapulo-brachialgies gauches chroniques sur status après fracture-luxation du trochiter, un status après traitement chirurgical en 2003 avec reprises en 2009 et en 2010 pour ablation du trochiter en raison d'une pseudarthrose douloureuse, des lombalgies mécaniques post-traumatiques aggravées par une surcharge pondérale avec une obésité morbide. En revanche, l'obésité morbide (BIM à 43.6), l'hypertension artérielle et le comportement maladif avec sinistrose post-traumatique étaient sans influence sur la capacité de travail. Le Dr K\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale depuis le 22 août 2008, inchangée pour le moment. Il a

précisé qu'une période de reconditionnement et rééducation de l'épaule gauche de minimum neuf mois devait être considérée après la dernière intervention chirurgicale, qui a lieu dans le courant du mois d'avril 2010.![endif]>![if> 23. A la demande de l'OAI, le Dr I\_\_\_\_\_ a établi un rapport médical intermédiaire en date du 7 février 2011, dans lequel il a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, que la patiente était en arrêt de travail en tout cas jusqu'en septembre 2011 et qu'il était souhaitable que l'AI l'évalue rapidement pour toute reconversion. ![endif]>![if> 24. L'OAI a demandé un complément d'examen rhumatologique au SMR. L'assurée a été examinée par le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 20 juillet 2011, le médecin a retenu avec répercussion durable sur la capacité de travail des douleurs mécaniques du membre supérieur gauche, un status post cure de pseudarthrose du tubercule majeur, un status post réinsertion du supra-épineux et un début d'omarthrose gléno-humérale. L'obésité de classe III et les lombalgies communes étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les limitations fonctionnelles en relation avec l'épaule gauche sont les suivantes : pas de travail prolongé au-delà de 60 degrés d'élévation, pas de mouvements répétés d'adduction-abduction du bras gauche, pas de port de charges avec le membre supérieur gauche au-delà de 2,5 kg, pas de port en bimanuel au-delà de 5 kg si port de charges répété (charges très légères) au-delà de 10 kg si occasionnelles (charges légères). L'examen clinique du rachis ne justifie pas de limitations fonctionnelles durables. Le Dr L\_\_\_\_\_ a retenu une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 22 août 2008, date de la deuxième chute avec comme conséquence une pseudarthrose du tubercule majeur gauche. Cette incapacité de travail a persisté dans l'activité de nettoyeuse modérément contraignante pour l'épaule, ne respectant pas les limitations fonctionnelles retenues. Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée par la tolérance mécanique de l'épaule gauche. Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles décrites, il a retenu une exigibilité globale de 80% en raison des signes de surcharges chroniques de la coiffe, d'un status après trois opérations et également en raison d'un début d'omarthrose. En définitive, la capacité de travail exigible est nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais elle est de 80% dans une activité adaptée depuis le 7 février 2011, date du rapport du Dr I\_\_\_\_\_, avec une reprise progressive sur deux mois, à traduire en terme de métier par un spécialiste en réadaptation.![endif]>![if> 25. L'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'un stage d'orientation professionnelle aux EPI du 5 mars 2012 au 3 juin 2012. Dans leur rapport du 21 mai 2012, les EPI ont indiqué que l'assurée démontre par son comportement que son état de santé n'est pas stabilisé, qu'elle n'a pas les ressources physiques nécessaires pour poursuivre cette mesure d'orientation professionnelle ni pour reprendre, dans des conditions acceptables, une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Suite à la présentation d'un certificat médical couvrant la période du 3 avril au 30 avril 2012 et dans l'incertitude quant à une reprise éventuelle, la décision a été prise en accord avec l'OAI d'interrompre la mesure avant le terme et l'assurée a été sortie de leurs effectifs le 22 avril 2012. ![endif]>![if> 26. Au vu des douleurs rebelles chroniques du membre supérieur gauche, l'assurée a été évaluée à la consultation multidisciplinaire de la douleur de l'hôpital de la Tour en septembre 2012. Diverses mesures ont été prises, notamment la prise en charge en thérapie neurale depuis le 4 juillet. Selon la doctoresse M\_\_\_\_\_, de la consultation multidisciplinaire de la douleur, l'électromyogramme du membre supérieur gauche pratiqué par le neurologue, le Dr N\_\_\_\_\_, n'a pas mis en évidence d'anomalie motrice ni sensitive (cf rapport médical du 15 octobre 2012).![endif]>![if> 27. Dans un rapport du 25 octobre 2012, la Dresse

B\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé, que les douleurs étaient devenues rebelles à tout traitement, que pour ce qui concerne le bras gauche, il y avait une limitation de tous les mouvements et une diminution de la force motrice. La capacité de travail dans l'activité de nettoyeuse est nulle et, dans une activité adaptée, elle se réfère au rapport du stage de réadaptation. L'intensité des douleurs est d'une telle importance que l'accomplissement d'un travail quel qu'il soit lui semblait impossible. > 28.

L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertises médicales (CEMed) à Nyon. > L'assurée a été examinée en date des 6, 14, 15 et 21 août 2013 par les docteurs O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Le rapport d'expertise a été rendu le 25 octobre 2013. Sur le plan de la médecine interne, l'expert a relevé que l'assurée a développé une hypertension artérielle labile traitée depuis 2001, qu'elle souffre d'une allergie saisonnière au pollen se manifestant par une rhinite et un bronchospasme, en investigation aux HUG. Seule la pollinose est susceptible de façon très passagère d'influencer la capacité de travail. Sur le plan neurologique, l'expert relève que la situation clinique s'est chronicisée, que les douleurs du membre supérieur gauche de l'épaule gauche et de la ceinture scapulaire latéralisée à gauche sont au premier plan, les douleurs lombaires ne limitant l'assurée que pour les longues stations debout. L'examen clinique a mis en évidence quelques phénomènes d'autolimitation surtout en ce qui concerne la mobilisation du rachis cervical et lombaire et dans une moindre mesure en ce qui concerne la mobilité de l'épaule gauche. Le bilan radiologique lombaire ne montre que de discrets troubles dégénératifs, alors que le bilan radiologique de l'épaule montre indiscutablement des altérations sévères avec une arthrose gléno-humérale qui s'installe progressivement des suites d'une évolution défavorable d'un arrachement du trochiter ayant évolué vers une pseudarthrose. L'image radiologique montre également d'importantes lacunes osseuses laissant présager dans un avenir plus ou moins lointain le développement d'une arthrose sévère de l'épaule gauche. En raison de l'atteinte de l'épaule gauche, la capacité de travail est nulle dans une profession astreignante telle qu'employée de maison, aide-soignante ou dans toute autre tâche nécessitant le port régulier de charges de plus de 5 kg et le travail en hauteur pour les membres supérieurs. Par contre, elle est de 100% dans une activité adaptée, sans port de charges au-delà de 5 kg, sans mouvements répétitifs des membres supérieurs et sans travail en hauteur au-delà du niveau des épaules et sans station debout prolongée au-delà d'une demi-heure. En raison de l'importance des douleurs résiduelles et du désentraînement global, le rendement sera réduit de 30% environ dans toute activité professionnelle. Sur le plan neurologique, la situation est globalement inchangée depuis plusieurs années. La description des troubles et le résultat de l'examen clinique, de même que la normalité de l'électroneuromyogramme pratiqué préalablement ne permettent pas de mettre en évidence une atteinte neurologique significative. Il n'y a pas en conséquence de proposition thérapeutique spécifique sur le plan neurologique ni d'incapacité de travail à retenir. Sur le plan psychique, bien qu'un état dépressif ait pu être présent dans le passé, les symptômes d'ordre dépressif présentés actuellement n'étaient pas suffisants, ni en nombre ni en intensité, pour répondre aux critères nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic. Concernant les diagnostics d'un état de stress post-traumatique chronique et d'une modification durable de la personnalité, l'expert n'a pas non plus retrouvé les critères nécessaires. Il n'a non plus relevé de trouble de la personnalité spécifique. Un dosage du traitement antidépresseur a été réalisé, mais s'est révélé peu fiable au vu d'un taux au-delà

des normes thérapeutiques, malgré une posologie relativement peu élevée. Au vu des diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, les experts ont retenu que les répercussions sur la capacité de travail étaient nettes ; en particulier, l'emploi de nettoyeuse n'était absolument plus envisageable et ceci définitivement. La capacité de travail était donc nulle dans cette profession. Pour le surplus, il n'y a pas de troubles somatoforme ou de fibromyalgie. Il y a eu probablement une incapacité de travail temporaire depuis l'accident de novembre 2000. L'incapacité de travail avérée dans l'activité antérieure remonte à 2008. Le retour à une incapacité de travail totale a été occasionné par une chute sur le dos, causant des lombalgies aiguës qui se sont ensuite chronicisées. Par la suite, l'atteinte de l'épaule gauche est devenue plus symptomatique, avec à nouveau une épaule gelée nécessitant une prise en charge chirurgicale à deux reprises en 2009 et 2010. La capacité de travail exigible est nulle dans l'activité actuelle d'employée de maison ou de nettoyeuse. Elle est de 100% dans une activité adaptée qui répond aux critères décrits. Toutefois le rendement n'est que de 70% en raison de l'intensité des douleurs et du désentraînement global. Le pronostic est réservé en raison de l'état douloureux chronique qui s'est installé à l'épaule gauche suite à un traumatisme, en l'occurrence un arrachement du trochiter qui s'est compliqué d'une pseudarthrose. Des mesures professionnelles sont théoriquement envisageables. Pratiquement, les activités professionnelles à envisager ne devraient pas impliquer de sollicitations exagérées du membre supérieur gauche, ni par des mouvements répétés ni par un travail en hauteur ou le port de charges de plus de 5 kg avec le membre supérieur gauche. 29. Le 14 novembre 2013, le docteur R\_\_\_\_\_, médecin SMR, a déclaré adhérer aux considérations de l'expertise du CEMed. En tenant compte aussi de l'examen rhumato-psychiatrique au SMR en 2006 et rhumatologique de 2011, il a retenu que dans l'activité habituelle la capacité de travail de l'assurée était définitivement nulle, tandis que dans une activité adaptée elle est entière avec une diminution de rendement de 30%. Le début de la réadaptation est à situer en janvier 2009 ( sic : 7 février 2011 ?), cependant il y a eu a posteriori des périodes d'exacerbation des douleurs ayant pu justifier des périodes d'incapacité de travail. 30. Le 4 février 2014, l'OAI a notifié au mandataire de l'assurée un projet d'acceptation de rente limitée dans le temps et de refus de mesures d'ordre professionnel. Il a retenu que depuis janvier 2009, sa capacité de travail était considérablement restreinte, que l'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse, mais que dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles la capacité de travail est de 100%, avec une diminution de rendement de 30%, depuis février 2011. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité est de 32% ce qui n'ouvre plus le droit à une rente de l'assurance. Par conséquent, dès le 1 er janvier 2010, l'assurée a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité basée sur un taux d'invalidité de 100%. Ce droit est limité au 31 mai 2011 en raison du degré d'invalidité de 32%. Par ailleurs, après appréciation du dossier par le service de la réadaptation, l'OAI a constaté que des mesures professionnelles n'étaient pas exigibles dans le cas de l'assurée. 31. Par décision du 19 août 2014, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1 er octobre 2010 au 31 mai 2011, le degré d'invalidité retenu étant de 100 %. 32. Par acte du 22 septembre 2014, l'assurée, représentée par son mandataire, interjette recours contre cette décision, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité fondée sur une incapacité de travail de 100%. Elle considère que le CEMed ne s'est pas déterminé clairement sur l'incidence des douleurs dans une activité adaptée, en particulier sur les raisons qui le conduisent à retenir une capacité de travail de 100% dans une activité et une

diminution de rendement de 70% ( recte : 30 %). Ces conclusions ne sont pas partagées par les médecins traitants qui estiment que son incapacité de travail est totale en raison notamment des douleurs chroniques rebelles qui l'empêchent d'effectuer toute activité. Elle se réfère également aux observations faites par le service du traitement de la douleur de l'hôpital de la Tour. Au vu des appréciations médicales contradictoires, la recourante demande une expertise complémentaire aux fins de lever ces contradictions.

33. Le 25 septembre 2014, l'OAI informe la chambre de céans que la décision du 19 août 2014 a été envoyée en pli simple, de sorte qu'il n'y a pas de récépissé postal.

34. Par pli du 7 octobre 2014, la recourante produit un certificat médical établi par la Dresse B\_\_\_\_\_ le 23 septembre 2014, attestant que malgré trois interventions chirurgicales de nombreuses séances de rééducation, d'autres traitements antalgiques, il n'y a aucune amélioration sur le plan algique. Les douleurs de type allodynie et hyperalgésie nécessitent la mise en place d'un nouvel antalgique de palier III et le réajustement d'un neurostimulateur électrique (TENS). La persistance de ces douleurs récalcitrantes épuise l'assurée tant sur le plan physique que psychique ; sur le plan thymique, elle présente une dépression chronique traitée par antidépresseurs. Au vu de cette évolution insatisfaisante et de l'échec d'une réadaptation professionnelle, la patiente n'est plus en capacité de travail depuis de nombreuses années. La recourante joint également un courrier de la doctoresse M\_\_\_\_\_, de la consultation multidisciplinaire de la douleur de l'hôpital de la Tour, daté du 22 septembre 2014, selon lequel elle ne peut se déterminer sur la capacité de gain actuelle de sa patiente.

35. Dans sa réponse du 20 octobre 2014, l'intimé conclut au rejet du recours, se référant en substance à l'expertise effectuée par le CEMed qui revêt pleine valeur probante.

36. Le 2 décembre 2014, la recourante communique un certificat médical établi par le docteur S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en thérapie neurale, et spécialiste FMH de la douleur, selon lequel la douleur décrite par la patiente répond bien au traitement de thérapie neurale ainsi qu'au traitement médicamenteux. Dans les deux cas, la durée du soulagement et de la douleur correspond à celle habituellement décrite par les différents produits. Il peut conclure qu'il s'agit effectivement d'une douleur d'origine organique dont l'évolution dans le temps et dans l'espace est bien reproductible à chaque séance de traitement.

37. Après communication de ce document à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA/GE - E 5 10).

3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

4. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision),

du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

5. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé est fondé à supprimer la rente d'invalidité de la recourante au 31 mai 2011, au motif que son état de santé s'est amélioré. Le recours porte ainsi sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité au-delà de cette date, singulièrement sur son degré d'invalidité.

6. a) Conformément à l'art. 87 al. 2 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201, lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (cf. art. 87 al. 3 RAI).

7. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision (ATF 125 V 417 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. ). En cas d'allocation d'une rente dégressive ou temporaire, la date de la modification du droit (diminution ou suppression de la rente) doit être fixée conformément à l'art. 88 a al. 1 RAI (ATF 125 V 417 consid. 2d; RCC 1984 p. 137). Selon cette disposition, en sa teneur en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'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 angement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. Il convient par ailleurs de rappeler qu'en allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (cf. ATF 125 V 413, confirmé in ATF 131 V 164).

b) 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<sup>er</sup> janvier 2008). c) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). d) 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 9. 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). 9. En l'espèce, il n'est pas contesté que depuis la décision de refus de rente du 15 juin 2006, l'état de santé de la recourante s'est aggravé entraînant une incapacité de travail

totale. [endif]>![if> Cela étant, concernant les périodes ouvrant droit à une rente, la chambre de céans relève que l'intimé retient à tort une incapacité de travail totale depuis janvier 2009. En effet, il ressort des pièces médicales figurant au dossier, qu'en réalité la recourante a été en incapacité de travail totale depuis le 22 ou le 25 août 2008, date à laquelle elle a été victime d'un accident avec chute sur le dos, accident qui a entraîné une exacerbation de la symptomatologie douloureuse et où le diagnostic d'hernie discale avait été posé par le Dr J\_\_\_\_\_. C'est depuis cette date que la recourante a été en incapacité de travail à 100% (cf. rapport du Dr J\_\_\_\_\_, rapport Dresse B\_\_\_\_\_ 29 janvier 2009, rapports SMR des 13 juillet 2010 et 20 juillet 2011, rapport d'expertise CEMed du 25 octobre 2013). Par conséquent, le début de l'incapacité de travail de 100 % doit être fixé au 22 août 2008, de sorte que le délai d'attente d'un an de l'art. 28 al. 1 let. b et c LAI échoit en août 2009. La recourante a déposé sa nouvelle demande de prestations le 5 janvier 2009, de sorte qu'elle peut prétendre à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2009 (cf. art. 29 al. 1 et 3 LAI). La décision querellée sera dès lors corrigée sur ce point. 10. Reste à déterminer si et depuis quand la recourante présente une capacité de travail résiduelle dans une activité lucrative adaptée, à quel taux, et si les conditions étaient réunies pour que l'intimé supprime son droit à la rente d'invalidité au 31 mai 2011. [endif]>![if> Selon l'intimé, la recourante présente une capacité de travail de 100%, avec une diminution de rendement de 30% dans une activité adaptée depuis février 2011, ce que la recourante conteste. La chambre de céans constate que la date du 7 février 2011 avait été retenue par le médecin du SMR dans son rapport du 20 juillet 2011 : le Dr L\_\_\_\_\_ expliquait en effet retenir cette date en se fondant sur la date du rapport du Dr I\_\_\_\_\_. En outre, il préconisait une reprise progressive sur deux mois et évaluait l'exigibilité globale à 80% dans une activité adaptée. Or, le Dr I\_\_\_\_\_ mentionnait clairement dans son rapport que l'état de santé de la recourante était stationnaire et qu'elle était en arrêt de travail en tout cas jusqu'en septembre 2011. Il a d'ailleurs rédigé des certificats d'arrêts de travail, prolongés par la suite et à sa demande dès juillet 2011 par le médecin traitant (cf. rapport Dresse B\_\_\_\_\_ du 25 octobre 2012, page 2). Le SMR ne justifie pas pour quelles raisons il s'est écarté des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_. Certes, ce dernier préconisait-il que la recourante soit évaluée par l'intimé pour une reconversion. Cela étant, le stage d'orientation professionnel mis en place aux EPI en 2012 s'est soldé par un échec, la recourante ayant été mise à nouveau en arrêt de travail le 3 avril 2012, par la Dresse B\_\_\_\_\_, en raison d'une recrudescence des douleurs du membre supérieur gauche avec un tremor pour lequel elle allait procéder à des investigations complémentaires à la consultation multidisciplinaire de la douleur à l'Hôpital de La Tour. Selon les EPI, la recourante disait et montrait par son comportement que son état de santé n'était pas stabilisé et qu'elle n'avait pas les ressources physiques nécessaires pour poursuivre la mesure ni pour reprendre, dans des conditions acceptables, une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Il convient encore de relever que le Dr I\_\_\_\_\_ indiquait dans un rapport du 12 avril 2012 à l'attention du médecin traitant que la patiente avait fait d'énormes progrès d'un point de vue clinique cette dernière année, tout en mentionnant que la situation n'était pas une panacée, mais sans se prononcer sur la capacité de travail. Quant aux experts du CEMed, force est de constater que leurs conclusions sont imprécises ; en effet, outre le fait que la description de l'évolution de l'état de santé et de la capacité de travail n'est pas clairement expliquée, les experts n'indiquent pas à partir de quel moment l'état de la santé de la recourante s'est amélioré dans une mesure lui permettant de recouvrer une capacité de travail dans une activité adaptée. Ils ne se positionnent pas non plus de manière circonstanciée par rapport aux conclusions

contradictoires des médecins traitants, tant du point de vue de la capacité de travail résiduelle que de l'aggravation, respectivement de la stabilisation ou de l'aggravation de la symptomatologie (cf. notamment rapports des Drs B\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_). Au vu de ce qui précède et en l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de déterminer si les conditions de la révision sont réunies, c'est-à-dire si et le cas échéant à partir de quand la rente d'invalidité de la recourante doit être supprimée. La cause sera par conséquent renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur ces points et nouvelle décision. 11. Le recours est partiellement admis. 12. Au vu du sort du litige, la recourante a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, ainsi qu'à ceux de son mandataire, que la chambre de céans fixe à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). 13. L'émolument, arrêté à CHF 500.-, est mis à charge de l'intimé (art. 69al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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