

GE_GERICHTE A/3197/2009 vom 17. Februar 2011

GE Cour de justice, 2011-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3197_2009

FR: GE_GERICHTE A/3197/2009 du 17 février 2011

IT: GE_GERICHTE A/3197/2009 del 17 febbraio 2011

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.02.2011
A/3197/2009

A/3197/2009 ATAS/193/2011 du 17.02.2011 (AI) , ADMIS Recours TF déposé le 15.04.2011, rendu le 26.10.2011, ADMIS, 9C_271/2011 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3197/2009 ATAS/193/2011 ARRET DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Du 17 février 2011 8ème Chambre En la cause Madame M_____, domiciliée à Carouge GE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître KAESER Michael recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame M_____ (ci-après également : l'assurée ou la recourante), née en 1971, de nationalité suisse, a présenté une demande de prestations AI visant à l'octroi d'une rente, en date du 25 septembre 2008. A l'appui de sa demande, elle a fait valoir une incapacité de travail de 50 %, en raison de douleurs dorsales, liées à des hernies discales récidivantes. Elle a indiqué avoir déjà été bénéficiaire d'une rente AI et des mesures de réadaptation professionnelle. Après avoir tenté de reprendre une vie professionnelle active, ses douleurs traitées par neurostimulateur qui s'étaient d'abord calmées, ont réapparu. Elle précise se trouver « sous opiacés » afin de calmer la douleur. Après avoir eu un feed back postopératoire, et avoir souffert à nouveau de fortes douleurs en décembre 2007, elle a effectué un examen lombaire au scanner, lequel a révélé l'apparition d'une nouvelle hernie discale L4, L5, inopérable. Dans sa demande de prestations AI du 30 novembre 2000, Madame Sandra M_____ avait fait valoir une atteinte relative à une hernie discale L5-S1 (à répétition), une troisième opération étant en vue, visant à fixer sa colonne lombaire. Ne pouvant plus exercer son métier d'aide-hospitalière, elle souhaitait bénéficier d'une reconversion professionnelle. Le rapport médical établi par le Dr. A_____, spécialiste en neurochirurgie, le 23 juillet 2001, a posé un diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail relatif à un statut après spondylodèse L5-S1 (décembre 00), avec migration secondaire du matériel entraînant une lombosciatique importante. Une nouvelle opération était envisagée, afin de remettre en position le matériel concerné. Suite à l'instruction de la demande du 30 novembre 2000, l'Office cantonal de l'Assurance Invalidité du Canton de Genève (ci-après : OCAI), a mis Madame M_____ au bénéfice d'une rente basée sur une degré d'invalidité de 54 %, à compter du 10 juillet 2000, puis de 100 %, dès le 1er octobre 2000, par décision du 21 août 2001. Des mesures de reclassement professionnel ont été accordées à Madame M_____, visant à lui permettre d'exercer la profession d'assistante médicale. Dans son rapport médical du 17 septembre 2001, le Dr. B_____, spécialiste en neurochirurgie auprès des HUG et du CHUV, a indiqué que l'opération prévue par le Dr. A_____, devait avoir lieu le 20 du même mois, la mise en place des mesures professionnelles pouvant être envisagée à partir du mois de janvier 2002 au vu du temps de

convalescence nécessaire. Madame M_____ a souffert de périodes d'aggravation de ses douleurs, de sorte que sa formation d'assistance médicale, en particulier certains stages, n'ont pu être effectués dans les délais prévus. Un neurostimulateur médullaire lui a été implanté au mois de février 2005, devant permettre de réduire les douleurs de type neurogène. Suite à de nouveaux problèmes l'ayant empêché de terminer sa formation d'assistante médicale, Madame M_____ a obtenu une nouvelle décision de réadaptation professionnelle, visant à la prise en charge d'une formation de secrétaire médicale. Par décision du 19 juillet 2006, des moyens auxiliaires ont été accordés à Madame M_____, sous la forme d'orthèse du tronc. Dans son rapport médical du 18 septembre 2006, le Dr. C_____, médecin-traitant de l'assurée, a indiqué qu'elle avait pu obtenir son diplôme de secrétaire médicale et était apte au travail à 100 % dans cette activité. Compte tenu d'un état de santé relativement bien stabilisé par les dernières mesures thérapeutiques investies, Madame M_____ gardait une pleine capacité de travail dans une activité sédentaire, peu sollicitante pour sa colonne vertébrale. En date du 7 décembre 2006, le dossier a été clos par l'OCAI, suite à la réussite des mesures professionnelles entreprises, le reclassement ayant pu être constaté. Suite à la nouvelle demande de prestations AI du 25 septembre 2008, le Dr. D_____, du Centre pluridisciplinaire de la douleur auprès de la Clinique Cécil de Lausanne, a établi un rapport le 21 octobre 2008. Il y a indiqué traiter Madame M_____ depuis 2003, son dernier contrôle ayant eu lieu en septembre 2008. Ce médecin a mentionné à titre de pronostic que la situation devait être stabilisée, sans qu'une amélioration de l'état de santé ne puisse être espérée. Le traitement entrepris était toujours la stimulation médullaire. Le Dr. D_____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail de l'intéressée. Dans son rapport médical du 12 décembre 2008, le Dr. C_____ a indiqué avoir suivi Madame M_____ depuis 2001, son dernier contrôle remontant au 4 décembre 2008. Il a souligné que cette dernière avait toujours montré un esprit volontaire et positif en prenant toutes les mesures thérapeutiques qui pouvaient atténuer ses douleurs, telles que l'implantation d'un stimulateur médullaire. Après son reclassement professionnel, elle avait pu travailler quelque temps à 100 %, mais les douleurs s'étant manifestées de façon récurrente, après plusieurs mois de chômage et d'emplois de secrétaire limités dans le temps, elle s'était rendue compte que sa capacité de travail ne pouvait pas être complète. Sa situation de santé restait très fragile. L'examen CT-Scan effectué au mois d'avril 2008 avait révélé une nouvelle hernie discale L4-L5 droite. L'état de santé de la patiente était actuellement stabilisé, pour autant qu'elle évite toute sollicitation de sa colonne lombaire et les positions statiques prolongées. Elle souffrait de lombosciatiques à droite d'intensité fluctuante dans le temps, souvent en relation avec les efforts physiques. Elle ressentait parfois des dysesthésies douloureuses du pied droit. A titre de pronostic, ce médecin indiquait qu'avec le recul des dernières années, on ne pouvait pas espérer d'amélioration notable et prolongée. La capacité de travail de Madame M_____ s'élevait selon lui à 50 %, depuis le 6 octobre 2008 et ce pour une durée indéterminée, sans que son rendement soit réduit, pour autant qu'elle effectue une activité administrative avec possibilité de changement de position (alternance assis, debout), sans port de charge supérieure à 2 ou 3 kilos. A son rapport précité, le Dr. E_____ a joint différents rapports médicaux, tous antérieurs au mois de septembre 2008. Dans son rapport du 24 février 2009, le Service médical régional AI (ci-après : SMR), a considéré justifié d'organiser une expertise rhumatologique, dans la mesure où les différents rapports médicaux ne l'avaient pas convaincu de l'existence d'une aggravation de l'état de santé de Madame M_____.

L'examen clinique orthopédique a été effectué par l'expert du SMR, le Dr. F _____, le 19 mars 2009. Après son examen, le Dr. F _____ a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail des lombosciatalgies persistantes à droite, un statut après spondylodèse L5-S1 et des discopathies L3-L4 et L4-L5 (M 51.3). Il a repris l'appréciation du cas en ce sens que Madame M _____ avait développé des lombosciatalgies à droite depuis 1998, ayant été opérée à trois reprises d'une hernie discale L5-S1 à droite. En décembre 2000, une tentative de spondylodèse L5-S1 avait été effectuée avec la mise en place d'une cage inter-somatique. La cage ayant migré, une reprise chirurgicale de spondylodèse avec mise en place d'un greffon osseux L5-S1 avait été effectuée en septembre 2001. Malgré les multiples opérations, les lombosciatalgies avaient persisté. Un neurostimulateur avait été mis en place en 2005. Les lombosciatalgies à droite avaient persisté. Les multiples traitements par infiltrations de corticostéroïdes donnaient un résultat partiel et temporaire. En fonction de ses limitations fonctionnelles, selon l'expert, Madame M _____ pourrait effectuer un travail sédentaire ou semi-sédentaire, avec possibilité d'alterner la position debout et la position assise à sa guise. Elle devrait éviter les travaux penchés en avant ou en porte-à-faux comme le port de charges de plus de 10 kilos. Selon l'expert, à partir de juin 2001, sa capacité de travail dans un travail adapté avait été considérée comme complète. Elle avait bénéficié des indemnités de chômage à 100 % dès le mois de juillet 2006 et de l'aide sociale dès le mois de novembre 2008, travaillant à 50 % depuis le mois de mars 2009. Selon lui, la capacité de travail exigible de Madame M _____, suite à sa reconversion professionnelle dans un travail adapté aux limitations fonctionnelles le portait à considérer que sa capacité de travail n'était pas complète en raison des douleurs chroniques. Le Dr. F _____ a ainsi conclu qu'une diminution de capacité de travail de 25 % était admissible à partir de juillet 2006, de sorte que la capacité de travail exigible était de l'ordre de 75 % dans l'activité habituelle depuis cette date. Le rapport d'expertise a été transmis aux différents médecins de Madame M _____. Le 20 mai 2009, le Dr. D _____ s'est déterminé sur ce rapport, indiquant n'être lui-même pas expert pour évaluer la capacité de travail de la patiente. Il relevait toutefois que Madame M _____ avait toujours fait preuve d'énormément de volonté, se montrant très positive et tentant une adaptation professionnelle chaque fois que cela était possible, de sorte qu'il ne pensait pas possible d'imaginer que la patiente demande une faveur lorsqu'elle estimait sa capacité de travail en-deçà de ce qui a été proposé. Le Dr. A _____ s'est prononcé le 2 juin 2009 suite à la lecture de l'expertise, considérant que cette dernière avait été tout-à-fait bien réalisée. Il se positionnait cependant en contradiction sur la capacité de travail à laquelle il était conclu, dans la mesure où à son sens, la patiente ne pouvait, au vu de ses douleurs tenaces et dans la mesure où son descriptif était parfaitement fiable selon lui, difficilement envisager une capacité de travail supérieure à 50 %. Le Dr. E _____ s'est prononcé sur l'expertise le 12 juin 2009. Il considérait l'estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée comme surévaluée. Madame M _____ avait déjà travaillé à plus de 50 % dans le secrétariat médical, ce qui avait eu comme résultat une décompensation de son état de santé à plus ou moins longue échéance, rendant sa fiabilité sur place de travail médiocre. Selon les exigences sur le marché du travail actuel et dans la mesure où il bénéficiait d'une certaine expérience en la matière en tant que médecin-conseil de l'Etat de Genève depuis 1996, le Dr. E _____ pensait que Madame M _____ ne pourrait pas tenir une activité sédentaire à 75 % ou plus, faute de devoir s'absenter et d'être licenciée à terme. Le médecin du SMR s'est prononcé sur les différents rapports précités le 3 juillet 2009, considérant que

l'assurance invalidité n'avait pas pour mission de s'occuper des problèmes sociaux qui étaient du ressort de l'Hospice Général sur le Canton de Genève et que par ailleurs, en présence d'une évaluation différente de la même situation, il convenait de favoriser le diagnostic de l'expert, neutre par définition. Par décision du 13 juillet 2009, l'OCAI a refusé d'octroyer une rente d'invalidité et des mesures de reclassement professionnel à Madame M _____, se fondant sur le rapport d'examen clinique orthopédique et l'avis du SMR, à savoir que l'activité professionnelle de secrétaire médicale était adaptée à sa situation et pouvait être exercée à un taux de 75 % depuis le mois de juillet 2006. En date du 3 septembre 2009, Madame M _____ a formé recours contre cette décision. Elle a fait valoir qu'elle connaissait des problèmes de santé depuis 1998, ayant été suivie depuis lors médicalement. De nombreux arrêts de travail avaient été imposés par d'importantes douleurs dorsales récidivantes diagnostiquées unanimement par les médecins, comme un « failed back syndrome ». Elle avait consultés plusieurs neurochirurgiens et souffrait d'un très lourd passé chirurgical relatif à sa colonne vertébrale, ayant subi quatre interventions en raison d'hernies discales. Par ailleurs, elle avait toujours manifesté un esprit volontaire et positif, entreprenant toutes les mesures thérapeutiques préconisées contre ses douleurs. Lors du dépôt de sa première demande de prestations AI, elle ne sollicitait qu'une reconversion professionnelle. Même après l'octroi d'une rente entière, elle avait essayé de reprendre une formation professionnelle. Son parcours avait malheureusement été semé de problèmes de santé touchant sa colonne vertébrale et avait été contrainte d'interrompre ses formations professionnelles les unes après les autres pour parvenir enfin à terminer une formation de secrétaire médicale. L'intimé ne s'était fondé que sur l'avis médical du SMR, lequel ne l'avait jamais auscultée, pour refuser le bénéfice de prestations AI. Seule une expertise orthopédique avait été conduite en 2009, laquelle ne saurait fonder à elle seule la décision de refus. Il n'avait pas discuté pleinement du fond des conclusions prises par les médecins qui la suivaient depuis plusieurs années, alors qu'il ressortait clairement des rapports médicaux établis par ces derniers que son état de santé s'était dans un premier temps amélioré, et qu'elle avait pu travailler quelques temps à 100%, son état s'était à nouveau aggravé et les douleurs se manifestaient de façon récurrente. Aussi, ces derniers avaient justifié d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. A titre principal, Madame M _____ a conclu à l'octroi d'une demi-rente AI et à titre subsidiaire, à la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire judiciaire. Dans sa réponse du 14 octobre 2009, l'intimé a maintenu la position adoptée dans la décision attaquée, à laquelle il renvoie. Il s'est référé également à l'avis médical du Dr. G _____, médecin référent auprès du SMR, du 5 octobre 2009, qu'il produit en annexe. Selon cet avis, le médecin du SMR s'est rapporté à un précédent avis médical du SMR, établi le 1er avril 2009, dont il ressort qu'il a été tenu compte de l'évolution neurochirurgicale et des traitements divers mis en place (neurostimulateur, infiltrations de corticostéroïdes) ainsi que du type de travail exercé (formation d'assistante médicale avec formation de secrétaire médicale aux frais de l'AI). Faute de fait nouveau sur le plan médical, les conclusions de ces avis demeuraient valables. Enfin, dans la mesure où la situation avait été établie de manière incontestable sur le plan médical, l'expertise multidisciplinaire n'était pas requise dans le cas d'espèce. La cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Tant la LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision AI), modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (RO 2007 5147), sont applicables en l'espèce dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à leur entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 et ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al.1 LPGA). Envoyée par courrier non prioritaire, la décision du 13 juillet 2009 a été reçue par la recourante au plus tôt le 14 juillet 2009, le délai de recours ayant commencé à courir le lendemain (art. 38 al. 1 LPGA). Vu la suspension des délais, prévue par l'art. 38 al. 4 litt. b LPGA, applicable par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA, le recours du 3 septembre 2009 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en application des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et sur son droit à une demi-rente AI. A noter qu'il ne s'agit pas d'une procédure de révision au sens de l'art. 17 LPGA. 4.1. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gains de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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. 4.2. 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. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4.). Selon le principe de la libre-appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Lorsque, 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 bienfondé (ATF 125 V 351 consid.3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient

en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, IVème éd., Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, IIème éd., ch.5., p. 278). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf disposition contraire de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qu'ils 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et réf. ; ATF 120 III 324 et ss, consid. 3.2. et 3.3.). 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 322 , consid. 5a). Par ailleurs, dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et réf. ; cf. ATF 130 I 183 , consid. 3.2.) 4.3. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPG). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et ne 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 30 , consid. 1 ; 104 V 136 , 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 survenu jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et 128 V 174). 4.4. En l'espèce, les conclusions de l'expertise du Dr. F_____ portant sur l'appréciation médicale de la recourante ne sont pas contestées. Les différents médecins traitants de Madame M_____ les ont confirmées. Ces derniers ont également souscrits à la procédure d'examen effectué par l'expert antérieurement à l'établissement de son rapport. La seule contestation porte sur la question

de la capacité de travail de la recourante dans l'activité adaptée de secrétaire médicale, le taux retenu par l'expert ayant été considéré comme surévalué par deux des médecins qui suivent Madame M _____ depuis 2001. Le troisième médecin qui s'est prononcé sur l'expertise, le Dr. D _____, a précisé n'être pas compétent pour évaluer la capacité de travail de sa patiente, position qu'il avait déjà adoptée lorsqu'il avait été sollicité sur ce point avant la mise en place de l'expertise orthopédique. L'expertise ne contient aucun développement au sujet de l'évaluation de la capacité de travail retenue à hauteur de 75%. L'expert n'a pas mentionné de discrédance entre les plaintes formulées par Madame M _____, en relation avec les constatations médicales. Au contraire, l'expert retient que toutes les tentatives thérapeutiques ont été entreprises par cette dernière, sans toutefois réussir à supprimer ses douleurs lomboscoliotiques récidivantes. Ceci a été relevé de manière unanime par les médecins. L'examen du Tribunal, comme celui des médecins de la recourante d'ailleurs, doit porter également sur le contenu du dossier s'agissant du comportement de cette dernière, depuis la première demande de prestations AI qui date de novembre 2000. Après avoir été mise au bénéfice d'une rente à 100%, Madame M _____ a mené à bien une nouvelle formation professionnelle, dans le cadre d'un reclassement aux frais de l'AI, malgré les nombreuses difficultés auxquelles elle a été confrontée du fait des atteintes à sa santé. Elle a notamment dû subir plusieurs périodes d'incapacité, des interventions chirurgicales, des reports de stages, enfin l'échec d'un premier cursus de formation comme assistante médicale, pour pouvoir terminer une autre reconversion professionnelle que la première considérée, en tant que secrétaire médicale. Suite à au reclassement, elle a cherché du travail à 100% et exercé plusieurs missions de secrétaire dans ce taux d'activité, avant de se trouver à nouveau en incapacité de travail à 50%, dès le mois de mars 2009. Sur le plan somatique, une nouvelle hernie discale L4-L5 droite a été diagnostiquée en avril 2008. Les médecins ont déconseillé une nouvelle opération, ce qui n'a pas été remis en question par l'expert. Dès lors, il ne saurait être considéré que des considérations d'ordre socio-économiques soient à la base de la demande de rente du 25 septembre 2008. Vu les circonstances, les doutes quant au favoritisme qui aurait pu être opéré par les médecins traitants dans leur appréciation de la capacité de travail peuvent être écartés. Au vu de toutes les considérations qui précèdent, la capacité de travail de 50% certifiée par les Dr. E _____ et A _____ emporte la conviction le Tribunal sur celle de 75% évaluée sans motivation par l'expert. A noter que dans le respect des limitations fonctionnelles, aucune diminution de rendement n'a été relevée par les médecins. Le recours sera ainsi admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui est octroyée à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet. Annule la décision du 13 juillet 2009. Octroie à la recourante une demi-rente d'invalidité à compter du 25 septembre 2008. Condamne l'intimé à lui verser une indemnité de 2'500 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé . Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; 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 Irène PONCET La présidente Laurence CRUCHON 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.