

## **GE\_GERICHTE A/322/2012 vom 29. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_322\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_322_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/322/2012 du 29 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE A/322/2012 del 29 aprile 2013

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.04.2013  
A/322/2012

A/322/2012 ATAS/403/2013 du 29.04.2013 ( AI ) , ADMIS/RENVOI Recours TF déposé le 29.04.2013, rendu le 04.07.2013, RETIRE, 9C\_424/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/322/2012 ATAS/403/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 avril 2013 9ème Chambre En la cause Madame A \_\_\_\_\_, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître DE DARDEL Nils recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1974, travaillait, depuis le 1 er février 2007, auprès de l'Université de Genève en tant que secrétaire, à un taux horaire de 75%. A ce titre, elle était couverte pour les accidents professionnels et non professionnels par la Nationale Suisse (ci-après assureur LAA). Le 7 janvier 2009, elle a chuté sur une plaque de glace. L'IRM lombaire du 16 janvier 2009 a conclu à une discopathie légèrement inflammatoire L4-L5 avec composante herniaire discale médiane, para-médiane droite et gauche au contact des émergences L5 des deux côtés. La radiographie du sacrum et du coccyx de face et de profil du même jour a mis en évidence une suspicion de fracture au niveau de l'aileron sacré à droite. Il n'y avait pas de signe de tuméfaction au niveau pré-sacré sur le cliché de profil et pas de signe de lésion appréciable au niveau coccygien. Le scanner du bassin du 21 janvier 2009 laissait apparaître quant à lui à une fracture longitudinale du sacrum par impaction. Le 22 janvier 2009, le Dr B \_\_\_\_\_, médecin généraliste, a prononcé une incapacité totale. Il a diagnostiqué une fracture de l'aileron sacré droit et une violente contusion et distorsion lombaire. Dans un rapport du 22 avril 2009 à l'attention de l'assureur LAA, il a indiqué qu'il avait adressé l'assurée au Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et rhumatologie, vu la persistance des douleurs. L'incapacité de travail était totale, en accord avec le rapport du Dr C \_\_\_\_\_ du 9 avril 2009. Le 18 mai 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a retenu que l'évolution n'était pas favorable, avec une reprise des douleurs au niveau du membre inférieur droit. L'examen clinique retrouvait une hypomobilité au niveau du rachis lombaire, mais surtout une asymétrie au niveau du réflexe achilléen droit qu'il n'avait pas constatée lors du précédent examen. Le diagnostic posé était celui de lombosciatalgies droites dans un contexte de discopathie L4-L5 et de hernie discale. Il adressait l'assurée au Dr P. M \_\_\_\_\_ pour une infiltration de l'émergence du nerf. Dans un rapport du 2 juillet 2009, les Drs D \_\_\_\_\_, cheffe de clinique, et E \_\_\_\_\_, médecin interne auprès du département de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG), ont indiqué que l'assurée se plaignait de lombalgies basses avec parfois des douleurs au niveau de la fesse droite mais qui n'empruntaient aucun trajet radiculaire. Au status clinique, on ne retrouvait aucun déficit moteur. Ils ne voyaient pas d'indication

neurochirurgicale pour la hernie discale L4-L5 visible sur l'IRM lombaire, dont le résultat était superposable à celle effectuée en janvier de la même année. Le 20 juillet 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que les plaintes de l'assurée étaient inchangées avec des douleurs irradiant dans la région fessière sur la face postérieure de la cuisse droite. L'examen clinique mettait en évidence une sensibilité de l'articulation sacro-iliaque avec des tests suggérant une dysfonction de cette articulation. Devant l'échec du traitement entrepris à cette date en l'absence d'une indication chirurgicale, il proposait que l'assurée bénéficie d'une thérapie manuelle d'un ostéopathe, centrée sur le rachis lombaire bas et la sacro-iliaque droite. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 14 octobre 2009 en raison d'une fracture longitudinale du sacrum, de douleurs dans la région sacro-iliaque et du bas du dos, ainsi que du nerf sciatique de la jambe droite. Le 7 octobre 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente se plaignait de douleurs inchangées, malgré le résultat superposable à l'IRM qui avait été effectué en janvier de la même année, confirmant la discopathie isolée L4-L5, toujours sans image de compression radiculaire. L'inefficacité de l'antalgique l'incitait à lui proposer à nouveau une infiltration, cette fois par voie épидurale. Dans son rapport du 24 octobre 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un status après fracture longitudinale du sacrum à droite et une lombosciatalgie droite. Il a expliqué que cette dernière était augmentée par la station assise. L'incapacité de travail était totale depuis le 22 janvier 2009, pour une durée indéterminée. L'assurée avait effectué un essai de reprise à 50%, le 3 septembre 2009, soldé par un échec en raison de l'intensité des douleurs lombaires basses et de la fesse droite. Il était encore trop tôt pour s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. L'assurée ne pouvait pas effectuer des activités en position uniquement assise ou debout, ou encore principalement en marchant, des activités qui nécessitaient de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux, ou encore, qui nécessitaient de soulever et porter, ou encore de monter sur une échelle. Ses capacités de concentration, compréhension et adaptation n'étaient pas limitées, contrairement à sa résistance. Dans son rapport du 4 novembre 2009, le Dr C \_\_\_\_\_ a réservé son pronostic et relevé que d'un point de vue médical, l'activité exercée ne pouvait être exigée à ce moment. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement, à une amélioration de la capacité de travail, mais il n'était pas possible d'articuler une date précise. Le médecin a en outre retenu toutes les limitations fonctionnelles mentionnées sur le questionnaire de l'OAI, à l'exception de celle consistant à travailler avec les bras au-dessus de la tête. Les capacités de concentration, compréhension et adaptation, ainsi que la résistance de l'assurée n'étaient pas limitées. Le 11 novembre 2010, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique mandaté par l'assureur LAA, a examiné l'assurée. Dans son expertise du 19 janvier 2010, il a tout d'abord détaillé l'anamnèse telle que relatée par l'assurée, puis telle qu'elle ressortait du dossier. Il a ensuite indiqué que l'assurée se plaignait de douleurs constantes dans le bas du dos, présentes essentiellement en position assise et en position debout statique, et devenant insupportables après vingt minutes dans les deux cas. La marche était limitée à une heure. La montée des marches provoquait des douleurs importantes, de même que la position couchée, ayant pour conséquence que l'assurée se réveillait trois à quatre fois par nuit. Il a relevé qu'il existait une discrète boiterie sur la droite, que l'assurée se sentait inconfortable sur la chaise, se contorsionnant continuellement. Pour s'allonger sur la table d'examen, elle le faisait avec difficulté et semblait algique à la mobilisation, d'importantes douleurs du rachis lombaire bas survenant dans les mouvements d'extension. Après avoir décrit les

constatations ressortant des examens radiographiques, le médecin a diagnostiqué une contusion-fissuration de l'aileron sacré droit, une anomalie de transition unilatérale droite L5-S1 avec pseudarthrose et protrusion discale L4-L5, et des lombalgies chroniques. Il a précisé que la fissure du sacrum objectivée sur les premiers examens n'était plus retrouvée sur les examens subséquents, ce qui traduisait une guérison de cette lésion en quelques mois. La persistance d'une symptomatologie douloureuse lombaire basse droite pouvait être parfaitement expliquée par la présence de l'anomalie transitionnelle L5-S1 droite, ce qui était d'ailleurs confirmé par l'hypercaptation constatée à la scintigraphie osseuse du 8 octobre 2009. L'incapacité de travail résultant de l'accident du 7 janvier 2009 dans l'activité professionnelle exercée par l'assurée était toujours totale. L'OAI a établi un rapport d'évaluation le 20 novembre 2009. Il y était indiqué que l'assurée n'arrivait plus à monter les escaliers, se sentait vite épuisée. Au niveau de son ménage, elle mettait quatre fois plus de temps qu'avant. Durant quatre mois elle avait eu droit à une aide à domicile, qu'elle avait dû payer elle-même, l'assurance-maladie de l'Etat ayant refusé la prise en charge. Elle avait des douleurs continuellement, devant se lever et alterner les positions. Il avait d'ailleurs été constaté qu'elle s'était levée après une demi-heure d'entretien. Elle se plaignait également d'être moins concentrée, et de faire plus facilement des erreurs au travail. Elle pensait que le fait de revoir sa place de travail sur un plan ergonomique serait positif. Dans un rapport du 25 janvier 2010, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a expliqué que l'assurée se déclarait actuellement épuisée par la chronicité et l'intensité de la symptomatologie douloureuse. On pouvait considérer comme hautement probable que la chute, avec contusions significatives de l'hémisacrum droit, avait provoqué une "dysfonction" du sacrum qui s'était progressivement, au cours des semaines (mois) chronicisée. La reprise du travail devrait se faire selon l'évolution. Le 1<sup>er</sup> mars 2010, l'OAI a mis en place une mesure d'intervention précoce consistant en des cours de Pilates. Dans son rapport du 6 avril 2010, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué qu'au 16 mars 2010, la situation de l'assurée, sur le plan des douleurs, était sans amélioration significative depuis la prise en charge en janvier. Cette dernière lui était apparue dans un état de grand stress et découragement par rapport à sa symptomatologie douloureuse. Considérant la longueur de cette histoire clinique (problème des "douleurs chroniques"), il avait proposé un traitement test au Deaxit. Au 30 mars 2010, la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit avait très fortement régressé, avec persistance des douleurs au niveau du sacrum. A cette date, l'évolution de l'assurée lui paraissait donc très nettement favorable. Il avait discuté, avec cette dernière, de la possibilité qu'elle reprenne ses activités professionnelles à 50% dès le 12 avril 2010. Le 18 mai 2010, l'OAI a mis en place une nouvelle mesure d'intervention précoce consistant en un aménagement du poste de travail de l'assurée par le biais d'une chaise ergonomique, un bureau réglable (assis-debout), un casque de téléphone, un chariot et un repose-pied. L'assurée a repris le travail à 50% de son taux usuel horaire de 75% le 31 mai 2010. Par courrier du 12 novembre 2010, l'assurée a informé l'OAI qu'elle était toujours en arrêt de travail, ayant encore de fortes douleurs au bas du dos et du nerf sciatique de sa jambe droite. Elle avait essayé à plusieurs reprises de reprendre son activité professionnelles, mais les douleurs l'avaient obligée à rester au repos, et ce, malgré l'adaptation de son poste de travail. Dans un rapport du 30 novembre 2010, le Pr H \_\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué qu'un traumatisme avait pu déclencher une douleur prenant son origine dans l'articulation sacro-iliaque et diffusant dans le muscle piriforme, d'où l'irradiation sciatique correspondant à une douleur référée (et non pas à une douleur provenant d'un bombement discal L4-5). Le coccyx avait également pu être

traumatisé au niveau de son dernier disque, mais ceci ne pouvait en aucun cas expliquer l'irradiation sciatique. Enfin, comme dans toute douleur chronique, un phénomène de sensibilisation avait pu apparaître, correspondant à une composante centrale de la douleur. Il avait pratiqué ce jour une infiltration aveugle du dernier disque coccygien et recommandait l'infiltration de l'articulation sacro-iliaque droite, tout en demandant à la patiente de commencer un traitement par LaroxyL. Un examen rhumatologique a eu lieu le 10 décembre 2010 par le Dr. I \_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR. Dans son rapport du 7 février 2011, ce dernier a d'abord exposé les motifs de l'examen et les éléments ressortant des pièces du dossier. Il a rappelé les antécédents familiaux, l'anamnèse professionnelle, les antécédents personnels de l'assurée, la vie quotidienne et le contexte psychosocial de la recourante. S'agissant des plaintes de l'assurée, il a indiqué que depuis sa chute, en janvier 2009, il persistait chez elle une douleur lombo-sacrée, irradiant dans la fesse, la région rétro-trochantérienne droite, la face postérieure de la cuisse et finissant au mi-mollet à droite. Les symptômes étaient inchangés malgré les différents traitements effectués. Les douleurs étaient présentes tous les jours. La nuit, elle était incapable de dormir en décubitus dorsal ou latéral droit, elle se réveillait lorsqu'elle se tournait et lorsqu'elle avait des fourmillements dans les mains et des douleurs de la nuque, puis elle se rendormait. Les douleurs apparaissaient en station assise prolongée, l'assurée disait tolérer cette position vingt minutes. Les douleurs survenaient également lorsqu'elle faisait la vaisselle, épluchait les légumes ou passait l'aspirateur. Elles augmentaient en extension du tronc et dans les activités en porte-à-faux. Après avoir exposé le status général, neurologique, et ostéoarticulaire, ainsi que les éléments ressortant du dossier radiologique, le médecin a diagnostiqué, avec répercussion durable sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires - dans un contexte de status post fracture longitudinale de l'aileron sacré droit traitée conservativement et dysfonction sacro-iliaque droite secondaire, ainsi que de protrusion discale médiane en L4-L5 avec inflammation débutante des plateaux vertébraux. Sur cette base, il a expliqué que l'examen clinique montrait une assurée en bon état de santé générale avec une vitesse de marche normale, une légère boiterie droite. La tolérance en station assise était supérieure aux vingt minutes annoncées, l'assurée était capable de tenir, lors de l'entretien, quarante-cinq minutes sans inconfort notable. Les transferts couché-assis étaient ralentis, l'assurée se déshabillait et s'habillait le bas du corps assise pour ménager sa région lombaire. Au niveau thymique, elle avait une anxiété, il n'y avait pas de perte d'élan, pas de pleurs. Les multiples avis demandés par rapport à la situation, le fait d'aller jusqu'à Paris pour un xème avis spécialisé évoquaient un sentiment de détresse. L'étiologie des douleurs persistantes restait peu claire, à chaque consultation spécialisée les médecins avaient cherché une explication organique aux plaintes que présentait l'assurée dans le but d'introduire un traitement ciblé (modèle biomédical). Dans un premier temps, il avait été évoqué une fracture du sacrum, puis les neurochirurgiens avaient évoqué la présence de lombosciatalgies droites non déficitaires dans un contexte de discopathie ne nécessitant pas de traitement chirurgical. Par la suite, l'étiologie retenue avait été une pseudarthrose L5-S1 droite, une dysfonction sacro-iliaque droite, voire un traumatisme du coccyx. Au terme des différents traitements effectués, l'assurée n'avait pas noté d'amélioration durable des symptômes. Il existait un glissement vers un syndrome douloureux chronique avec une discordance importante entre les observations objectivables et le ressenti douloureux de l'assurée. La discordance était relevée également par d'autres spécialistes: le Dr G \_\_\_\_\_, dans sa consultation du 16 mars 2010, avait constaté un état de grand stress-découragement par rapport à une

symptomatologie douloureuse chronique. Le Dr H\_\_\_\_\_, lors de sa dernière consultation du 30 novembre 2010, avait évoqué un phénomène de sensibilisation centrale de la douleur. D'un point de vue rhumatologique, la contusion-fissure de l'aileron sacré droit et la dysfonction articulaire secondaire sacro-iliaque droite justifiait une incapacité de travail limitée dans le temps mais pas à bientôt deux ans, dans l'activité physiquement légère de secrétaire effectuée par l'assurée. Le cas était considéré comme stabilisé à partir du 11 novembre 2009, date de l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_. Les constatations cliniques effectuées par ce dernier étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle. A elle seule, la présence d'une dysfonction sacro-iliaque ne justifiait pas d'arrêt de travail durable dans une activité physiquement légère de secrétaire. De plus, les différents traitements effectués pour améliorer la dysfonction sacro-iliaque s'étaient soldés par des échecs (traitement de rééducation standard, traitement ostéopathique, technique de type Pilates). Le médecin a donc conclu à une capacité de travail complète avec une diminution de rendement de 20% dans l'activité physiquement légère de secrétaire dès le 11 novembre 2009. La capacité de travail dans l'activité de ménagère s'élevait à 80%, l'assurée ayant un statut mixte. Il a également retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges au-delà de dix kilos, pas de position statique debout au-delà de trente minutes, assise au-delà d'une heure. La capacité de travail exigible était donc de 80% dans l'activité habituelle de secrétaire, 80% dans une activité adaptée, et 80% dans l'activité de ménagère depuis la mi-novembre 2009. Le 10 janvier 2011, l'assurée a informé l'OAI qu'elle essayait dès cette date une reprise d'activité à 50% de son taux horaire de 75%. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> février 2011, la Dresse J\_\_\_\_\_, médecin du travail auprès du Service de santé du personnel de l'Etat, a indiqué qu'elle avait été amenée à suivre l'assurée, qui présentait un syndrome douloureux chronique, pour essayer d'organiser son retour au travail. L'évolution de sa situation s'était faite vers une aggravation progressive et conséquente de la douleur, assortie d'une fatigue récurrente et intense. Elle avait fait deux tentatives de reprise d'activité à 50% en novembre 2009 et durant l'été 2010. Ces deux tentatives avaient été un échec et elle réalisait actuellement la troisième tentative depuis le début du mois de janvier 2011. La situation qui préoccupait le médecin était l'évolution de l'état psychique de l'assurée, avec une anticipation négative systématique de sa situation, à mettre en lien avec un état dépressif qui s'installait. Elle relevait actuellement à son sens d'un suivi psychiatrique ou psychothérapeutique nécessaire et il convenait de prendre en compte cette dimension dans l'évolution de son incapacité de travail. Dans un rapport du 24 février 2011, elle a expliqué que la troisième tentative de reprise d'activité avait été un échec, et s'était soldée par un nouvel arrêt maladie. L'état global et notamment psychique de l'assurée avait participé en premier lieu à cet échec. La situation relevait au final d'une situation de milieu de travail thérapeutique, impossible à gérer, ce d'autant que la situation médicale de l'assurée dès la reprise s'était encore aggravée par une souffrance et une fatigue majorée ne lui permettant plus d'être en mesure de travailler et de s'occuper du minimum nécessaire (son enfant en particulier). Elle remerciait le médecin-conseil de bien vouloir prendre en compte la sévérité de cette évolution psychique dépressive chez l'assurée. Le 29 mars 2011, l'OAI a adressé un projet de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité à l'assurée. Il a indiqué ainsi que d'après les éléments recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier, les incapacités de travail suivantes avaient été retenues: 100% du 22 janvier au 22 février 2009; 50% du 23 février au 19 mars 2009; 100% du 20 mars au 11 novembre 2009; 20% dès le 12 novembre 2009. L'OAI a expliqué pour le surplus qu'afin de fixer le

taux d'invalidité à l'échéance du délai de carence, soit le 22 janvier 2010, il avait effectué un taux moyen de ses incapacités de travail sur une année (de janvier 2009 à janvier 2010). A l'échéance du délai de carence, le 22 janvier 2010, ce taux correspondait à 81%. Toutefois, à cette date, il avait retenu une incapacité de travail de 20%. De ce fait, l'assurée ne remplissait pas les conditions pour l'octroi d'une rente. Par ailleurs, dans la mesure où elle avait une exigibilité de 80% dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute autre activité, des mesures professionnelles n'étaient pas envisageables. Par courrier du 19 avril 2011, l'assurée a notamment indiqué qu'elle n'avait jamais eu un taux d'incapacité de 20% dès le 12 novembre 2009, renvoyait un récapitulatif de ses incapacités de travail, et sollicitait donc de l'OAI qu'il lui explique sa manière de calculer ou qu'il corrige son projet de décision. Dans un rapport du 28 novembre 2011, la Dresse K\_\_\_\_\_, médecin auprès du SMR, a indiqué que ce dernier avait retenu une capacité de travail exigible, lors de l'examen SMR du 10 décembre 2010, et non une capacité effective non justifiée médicalement. Le 8 décembre 2011, l'OAI a rendu une décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité au contenu identique à celle du projet du 29 mars 2011, à l'exception de la motivation, dont il sera fait état ci-dessous. L'assurée a formé recours de la décision susmentionnée par pli recommandé du 31 janvier 2011. Elle a joint à son écriture une copie de la décision litigieuse, munie d'un tampon de réception datant du 20 décembre 2011. La recourante a également expliqué que son premier conseil l'avait informée, le 15 décembre 2011, qu'il avait reçu une décision de l'OAI à laquelle il n'avait rien compris et qu'une nouvelle décision intelligible devrait être rendue prochainement. Il l'avait ensuite informée, le 22 décembre 2012, qu'il avait reçu une décision datée du 8 décembre 2011, soit le document joint à son recours. Elle a indiqué pour le surplus que le SMR s'était fondé sur le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ avant de rendre son avis. Or, ce dernier avait indiqué que lorsqu'il l'avait examinée, elle avait une incapacité de travail à 100%. Il était donc parfaitement arbitraire, de la part du SMR, d'avoir retenu un taux d'invalidité de 20% seulement au 12 novembre 2009. A cela s'ajoutait le fait que tous les médecins qu'elle avait consultés avaient admis une incapacité de travail à 100%. Elle réclamait qu'une expertise indépendante soit ordonnée par la Cour afin de déterminer son taux d'invalidité et concluait à ce que celle-ci dise qu'elle avait droit à une rente d'invalidité à 100% dès le 22 janvier 2010. Enfin, elle a produit diverses pièces à l'appui de son recours, dont notamment: a) Un courrier daté de janvier 2012 du Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, expert en capacité de travail dans le domaine locomoteur, dans lequel ce dernier avait constaté «une discrédance dans les taux d'incapacité notés» et s'était étonné «de l'établissement de la capacité résiduelle par le SMR». b) Un rapport du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 27 janvier 2011, qui ne constatait aucune péjoration de la discopathie dégénérative modérée L4-L5 par rapport à l'examen précédent du 24 septembre 2009. Les discrets remaniements inflammatoires chroniques type Modic II bordant ladite discopathie étaient déjà présents sur l'examen comparatif. La hernie discale postéro-médiane à extension latérale bilatérale en L4-L5 demeurait inchangée par rapport à l'examen comparatif si ce n'était qu'elle avait vieilli et que la composante herniée du noyau pulpeux s'était desséchée. Il n'était pas apparu de nouvelle hernie discale ni de sténose foraminale à l'origine d'un conflit radiculaire. Il n'y avait pas de canal lombaire étroit. Il n'y avait pas de signe d'une inflammation mécanique de la néo-articulation entre l'hémisacralisation droite du corps vertébral L5 et l'aileron sacré droit. c) Un rapport du 16 février 2011 établi par le Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, dans lequel ce dernier expliquait

que l'évolution de l'état de santé de la recourante était marqué par la persistance d'un syndrome algique qui devenait chronique et qui était la source, d'une part, d'une répercussion psychologique, mais également d'une difficulté de reprise du travail supérieure à 50%. L'intimé a conclu au rejet du recours. Il a indiqué que le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ ne se prononçait ni sur la capacité de travail exigible, ni sur les limitations fonctionnelles permettant de définir les critères d'une activité adaptée. Le SMR avait ainsi mis en place un examen clinique rhumatologique, dont il ressortait qu'en s'appuyant sur les éléments objectivables, la recourante avait une capacité de travail de 80% dans toute activité lucrative adaptée (y compris son activité de secrétaire), et de 80% dans son activité de ménagère, et ce, depuis le 12 novembre 2009. La recourante ne faisait état d'aucun élément objectivement vérifiable ayant été ignoré dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinent pour remettre en question les conclusions de cette dernière. De plus, l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante. Une expertise judiciaire était donc superflue. Dans sa réplique, la recourante a indiqué qu'il était totalement faux que le rapport d'expertise du Dr F \_\_\_\_\_ du 19 janvier 2010 ne s'était pas prononcé sur la capacité de travail exigible en relation avec les critères d'une activité adaptée. L'intimé reconnaissait en effet que le travail de secrétaire constituait précisément une activité adaptée. Autrement dit, il n'y avait pas de différence entre une activité adaptée et le travail qu'elle effectuait depuis de nombreuses années. Or, le Dr F \_\_\_\_\_, qui s'était prononcé comme expert et non comme médecin traitant, avait exprimé formellement que son arrêt de travail était toujours justifié. Il était donc insoutenable de retenir que depuis novembre 2009, l'incapacité de travail serait de 20% seulement. En outre, les médecins du service de santé du personnel de l'Etat s'étaient également prononcés, évaluant son incapacité de travail à 100% dans les courriers qu'elle joignait à son écriture. Dans un courrier du 2 juin 2009, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin-conseil auprès de l'Office du personnel de l'Etat, indiquait ainsi que l'accident de janvier 2009 avait occasionné une symptomatologie chronique et extrêmement invalidante pour la recourante. Malgré toutes les investigations et tous les traitements entrepris, il n'avait pas été possible de juguler la symptomatologie que ressentait cette dernière. De ce fait, il n'y avait pas de reprise de travail prévue, cette dernière dépendant des résultats des nouveaux traitements qui allaient être entrepris dans les prochaines semaines. Dans son courrier du 2 décembre 2009, le même médecin mentionnait qu'après un essai de reprise de l'activité à 50%, la situation médicale de la recourante s'était à nouveau péjorée, entraînant un nouvel arrêt à 100%. Le pronostic était difficile à établir, mais pour le moment, cette dernière restait en incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée. La situation serait revue vers la fin du printemps 2010. La recourante joignait également un courrier du Dr O \_\_\_\_\_ du 16 mars 2010, dans lequel ce dernier relevait que jusqu'en novembre 2009, l'état de santé de la recourante ne permettait pas d'envisager une reprise de l'activité professionnelle. Le courrier du syndicat de la recourante reçu peu de temps auparavant laissait entendre que la situation de santé de cette dernière s'était améliorée et qu'on pouvait envisager une reprise de l'activité dans un poste adapté, raison pour laquelle il allait avancer la date de consultation prévue, ce qui permettrait à la recourante d'être reçue dans les prochaines semaines par le médecin du travail. La recourante a précisé dans ce cadre qu'un essai de reprise de travail avait été effectué à 50% du 3 mai 2010 au 29 juin 2010 et du 12 juillet 2010 au 21 juillet 2010 et s'était soldé par un échec. Elle a enfin joint à son recours un courrier du 18 février 2011 de la Dresse J \_\_\_\_\_, dans lequel cette dernière indiquait

que l'état de santé de la recourante ne lui permettait pas de reprendre une quelconque activité régulière. Le médecin avait adressé un courrier à l'assurance-invalidité afin d'alerter le médecin conseil sur l'évolution psychique de la collaboratrice qui participait à cet échec de retour au travail. La recourante concluait en précisant qu'il était toutefois vrai qu'elle était depuis peu, à fin mars 2012, en discussion en vue d'un nouvel essai de reprise du travail à 50%. Dans sa duplique, l'intimé a maintenu intégralement sa position. Il a joint un avis du SMR du 20 avril 2012, dont il ressortait que les courriers des médecins du service de santé du personnel de l'Etat ne contenaient pas d'élément objectif susceptible de modifier sa position. Lesdits courriers n'évoquaient pas de pathologie psychique, mais une fragilité dans un contexte de changement d'activité. Il n'y avait aucune évidence de maladie psychiatrique incapacitante (pas de diagnostic, pas de suivi psychologique, pas de traitement, pas d'hospitalisation psychiatrique). Se déterminant sur l'avis du SMR, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a fourni les rapports suivants à l'appui de ses conclusions: a) un rapport du 1<sup>er</sup> février 2012 établi par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre-conseil de l'Etat de Genève, dans lequel ce dernier diagnostiquait un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive (F33.42). Un état de stress post-traumatique ne pouvait être retenu en raison de la nature du traumatisme, mais une partie de la symptomatologie est présente. L'acceptation de la composante psychologique, la reprise d'un suivi psychiatrique psychothérapeutique étaient des éléments positifs qui devraient permettre une évaluation dans un milieu de travail neutre (stage de trois à six mois) à 50%, puis au taux contractuel. b) un rapport du 21 mai 2012 établi par la Dresse Q \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans lequel cette dernière indiquait qu'il ressortait de l'histoire de la malade que ses douleurs faisaient suite à sa chute de sa hauteur sur le coccyx en janvier 2009. C'était la conjonction d'un syndrome douloureux durable et la dégradation des relations de travail qui avait entraîné des difficultés psychologiques chez l'assurée, sous la forme d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F33.42). Toute autre pathologie psychiatrique avait été exclue, y compris par le Dr P \_\_\_\_\_. Après un suivi psychiatrique, une approche Mindfulness Based Cognitive Therapy, des infiltrations et une thérapie neurale ayant partiellement modifié les douleurs avec résolution de douleurs sur le trajet sciatique à droite, sans autre amélioration, il avait été décidé, avec l'assurée, qu'une reprise de travail à 50% était désormais envisageable dès le 27 mars 2012, mais qu'elle ne pouvait pas se faire à son ancien poste de travail, au vu des éléments cités dans le rapport du Dr P \_\_\_\_\_. Sur cette base, la recourante a estimé que l'origine de ses douleurs était physiologique et non psychique, même partiellement. Elle avait ressenti des difficultés psychologiques sous forme d'angoisses et de dépression du fait de l'incompréhension de son employeur et de l'intensité et la persistance des douleurs. Manifestement, le SMR attribuait exclusivement à l'état psychique de la recourante les difficultés qu'elle avait éprouvées lors des reprises partielles de travail. Par ailleurs, si une capacité de travail de 50% depuis fin mars 2012 avait été reconnue par les médecins, l'employeur de la recourante ne lui avait pas offert de travail à 50% à ce jour, malgré les démarches entreprises par la recourante. L'intimé a répondu qu'il avait transmis les rapports suscités des Drs Q \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ au SMR, dont il joignait l'avis du 11 juillet 2012, et que sur cette base, il n'y avait pas lieu de retenir une incapacité de travail durable et de s'écarter de ses précédentes conclusions, à savoir une capacité de travail de 80% dans toute activité. L'avis du SMR indiquait que l'appréciation de la capacité de travail de la Dresse Q \_\_\_\_\_ ne pouvait être retenue, cette dernière se prononçant sur des aspects somatiques et non uniquement

psychiatriques, et dans la mesure où la recourante ne présentait pas une maladie psychiatrique incapacitante durablement mais un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et mixte qui n'était pas incapacitant. S'agissant de l'appréciation faite par le Dr P \_\_\_\_\_, elle ne pouvait pas être retenue, pour les mêmes raisons, dans la mesure où le trouble de l'adaptation dont souffrait la recourante était lié à un conflit au travail, ainsi que d'autres facteurs réactionnels et socio-professionnels qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité. Sur question de la Cour de céans, l'OAI a déclaré, dans un premier temps, ne pas pouvoir être en mesure de prouver à quelle date la décision du 8 décembre 2011 avait été réceptionnée par le premier conseil de la recourante. Dans un courrier complémentaire, il a souligné qu'il n'existait qu'une seule décision au dossier, à savoir celle du 8 décembre 2011. Il ne figurait pas, au dossier, deux décisions de cette date mais différentes dans leur motivation et leur date de notification, contrairement à ce que soutenait la recourante. Ladite décision avait été réceptionnée par l'étude du premier conseil de la recourante le 9 décembre 2011. Le dossier de la recourante avait été envoyé par recommandé le 19 décembre 2011 et réceptionné le 20 décembre 2011 par cette même étude. De ce fait, le recours paraissait irrecevable. Par courrier du 21 novembre 2012, la recourante a joint une détermination du premier conseil de la recourante. Ce dernier expliquait ainsi que la première décision reçue par ses soins - dont il joignait une copie à la procédure - contenait la mention suivante: "[D]ans son avis du 28 novembre 2011, le SMR relève que l'examen SMR du 10 décembre 2012 a retenu une capacité de travail exigible et non une capacité affective [sic] non justifiée médicalement". Interpelée à ce sujet, la responsable de l'auteur de cette décision avait confirmé qu'il s'agissait d'une erreur et qu'une nouvelle décision, correctement rédigée, lui serait notifiée incessamment. C'est ainsi qu'une seconde décision lui avait été notifiée le 20 décembre 2011, toujours datée du 8 décembre 2011, laquelle mentionnait cette fois que "[D]ans son avis du 28 novembre 2011, le SMR relève que l'examen SMR du 10 décembre 2012 a retenu une capacité de travail exigible et non une incapacité effective non justifiée médicalement". C'est cette décision qui avait été jointe au recours du 31 janvier 2011. De ce fait, le délai de recours avait commencé à courir le lendemain de sa réception, soit le 21 décembre 2012. Le recours avait donc été formé dans le délai légal, vu la suspension des délais du 18 décembre 2011 au 2 janvier 2012. Le 11 décembre 2012, l'intimé a constaté que la décision du 8 décembre 2011, notifiée le 9 décembre 2011, contenait une erreur de frappe qui avait été corrigée dans la version du 8 décembre 2011 reçue par la recourante le 20 décembre 2011. Il ne s'agissait toutefois pas d'un élément susceptible de modifier le fond et la compréhension de la décision. L'intimé persistait donc dans ses conclusions et s'en rapportait à justice quant à la recevabilité du recours. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<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. 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 Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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, les faits pertinents remontant à janvier 2009, le droit éventuel aux prestations dès le mois de janvier 2010 doit être examiné au regard des modifications de la LAI relatives à la 5ème révision de la LAI pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et après le 1er 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 ). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, se pose la question du respect dudit délai, et partant, de la recevabilité du recours. En effet, la première décision faisait état, comme motivation de l'incapacité de travail à 20% à l'échéance du délai de carence, du fait que «l'examen SMR du 10.12.2010 [avait] retenu une capacité de travail exigible et non une capacité affective non justifiée médicalement». La seconde version, reçue par la recourante le 20 décembre 2011, contenait quant à elle la référence au fait que «l'examen SMR du 10.12.2010 [avait] retenu une capacité de travail exigible et non une incapacité effective non justifiée médicalement». Il faut donc s'interroger sur la nature et la portée de la modification opérée par l'intimé. Certes, il est vrai que de prime abord, seuls deux mots ont été légèrement modifiés. Néanmoins, il convient de rappeler ici que lors de la réception du projet de décision du 29 mars 2011 déjà, la recourante avait signalé à l'intimé qu'elle ne comprenait pas sa manière de calculer ses incapacités de travail, qui semblaient inexacts, et qu'elle n'avait notamment jamais eu un taux d'incapacité de 20% dès le 20 novembre 2009. Elle avait sollicité, à cette époque, des explications sur la manière de calculer, ou une modification du projet de décision. Les explications qui contenaient la référence erronée dans la décision reçue le 9 décembre 2011 visaient précisément à expliciter ce point. Elles étaient donc essentielles pour la compréhension, par la recourante, des éléments ayant motivé la décision litigieuse. Partant, en vertu du principe général qui veut qu'une autorité doit motiver sa décision de façon à permettre à la personne touchée par cette dernière d'exercer utilement ses droits de recours (ATF 125 II 372 consid. 2c), il faut considérer que l'erreur de l'intimé touchait à une partie essentielle de la décision, et qu'il ne lui était pas possible, sur la base de celle notifiée le 9 décembre 2011, d'exercer utilement ses droits de recours. De ce fait, il faut admettre que le délai de recours a commencé à courir le 21 décembre 2011 (art. 38 al. 1 LPGA), lors de la réception de la décision corrigée, et que le recours a été introduit dans les délais, compte tenu de la suspension de ces derniers du 18 décembre 2011 au 2 janvier 2012 en vertu de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA. Enfin, le recours remplit enfin les exigences de forme (art. 61 let. b LPGA). Partant, il est recevable. La décision querellée a statué sur deux rapports juridiques bien distincts, à savoir, d'une part, le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, le droit à des mesures d'ordre professionnel. Le recours formé par la recourante ne porte toutefois que sur la question du droit à la rente, à l'exclusion de celle du droit à des mesures d'ordre professionnel. Dans la mesure où la décision litigieuse n'a pas été attaquée sur ce second point, elle est entrée en force et la Cour

ne peut examiner cette question de son propre chef sous peine de violer le droit fédéral (ATF non publié 9C\_406/2012 du 18 septembre 2012, consid. 3; ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2). L'objet du litige portera donc exclusivement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail, son degré d'invalidité et son statut. 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). 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 ; ATF non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur

de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la

Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). Il convient en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. a) Les incapacités de travail telles qu'attestées par l'ensemble des médecins ne sont pas contestées par l'intimé pour la période du 22 janvier 2009 au 11 novembre 2009. La première divergence d'appréciation de cette question apparaît à compter du 11 novembre 2009, date de l'examen de la recourante par le Dr F \_\_\_\_\_, expert mandaté par l'assureur LAA. b) Dans son rapport du 19 janvier 2010, le Dr F \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une contusion-fissuration de l'aileron sacré droit, une anomalie de transition unilatérale droit L5-S1 avec pseudarthrose et protrusion discale L4-L5, et des lombalgies chroniques. Sur la base du dossier et de son examen clinique, il a répondu, à la question de savoir comment il jugeait l'incapacité de travail de la recourante résultant de l'accident du 7 janvier 2009 dans l'activité professionnelle exercée par cette dernière, que l'arrêt de travail de la recourante - à cette époque de 100% - était toujours justifié. Dans son rapport du 7 février 2011 consécutif à l'examen clinique rhumatologique du 10 décembre 2010, le médecin du SMR a quant à lui diagnostiqué des lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, dans un contexte de status post fracture longitudinale de l'aileron sacré droit traitée conservativement, dysfonction sacro-iliaque droit secondaire, et dans le cadre d'une protrusion discale médiane en L4-L5, inflammation débutante des plateaux vertébraux. Il a procédé à une discussion de son propre examen clinique et du dossier, et a considéré que la contusion-fissuration de l'aileron sacré droit et la dysfonction articulaire secondaire sacro-iliaque droite justifiait une incapacité de travail limitée dans le temps, mais pas une incapacité à bientôt deux ans (à la date de son rapport). Il s'est néanmoins basé sur les constatations du Dr F \_\_\_\_\_, datant de plus d'une année auparavant, pour apprécier la capacité de travail de la recourante, indiquant que ces mêmes constatations cliniques étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle, et que la recourante avait recouvré, à la date de l'examen effectué par le Dr F \_\_\_\_\_ le 11 novembre 2009, une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% dans l'activité physiquement légère de secrétaire, à savoir son activité habituelle. La capacité de travail exigible était donc de 80% dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée, ainsi que dans l'activité de ménagère, depuis la mi-novembre 2009. Il convient donc de déterminer si le rapport de l'expert LAA doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si les arguments du SMR sont propres à mettre en doute les conclusions de ce dernier. A la lecture du rapport du Dr F \_\_\_\_\_, il apparaît que ce dernier a relevé, de manière précise et détaillée, l'anamnèse de la recourante - tant selon les dires de cette dernière que selon ce qui ressortait du dossier -, ses plaintes et antécédents personnels, ainsi que les éléments mis en évidence dans les examens radiographiques auxquels elle s'était soumise. Il a décrit de manière claire et non contradictoire ses constatations objectives lors de l'examen clinique. Le diagnostic posé est clair et explicite. Il s'est également prononcé de manière précise et non équivoque sur la capacité de travail de la recourante. De plus, les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ rejoignent celles des médecins traitants de la recourante et du médecin-conseil de l'Office du personnel de l'état, qui encore une semaine avant l'expertise du 11 novembre 2009, reconnaissaient une incapacité totale de la recourante dans son activité habituelle, incapacité non contestée par le SMR. Or, ce même médecin-conseil considérait, trois semaines après l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, que la recourante restait en incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée. Ainsi, seul le médecin du SMR

est parvenu à la conclusion qu'à la date de l'expertise du Dr. F \_\_\_\_\_, le 11 novembre 2009, la recourante était pleinement capable de travailler, sous réserve d'une diminution de rendement de 20%. Pour ce faire, il s'est basé sur les constatations cliniques décrites par le Dr F \_\_\_\_\_ et en a tiré des conclusions différentes. La Cour considèrera donc qu'il s'agit uniquement d'une appréciation différente des mêmes faits, qui n'est pas suffisante en soi pour renverser les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_, ce d'autant plus que le médecin du SMR s'est livré rétrospectivement à une appréciation de la capacité de travail de la recourante plus d'une année auparavant. En tout état de cause, l'argument de l'intimé selon lequel le Dr F \_\_\_\_\_ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée n'est pas relevant. En effet, dans la mesure où l'incapacité de travail totale de la recourante a débuté le 7 janvier 2009, le délai de carence d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était toujours en train de courir à la date de l'expertise effectuée par le Dr F \_\_\_\_\_. Or, durant cette période, pour déterminer l'incapacité de travail, il n'y a pas lieu de se référer, comme dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage, mais uniquement à la baisse de rendement dans la profession qu'il exerçait et qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence. L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond donc, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession qu'elles exerçaient jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2). C'est précisément ce qu'a fait le Dr F \_\_\_\_\_. De toute manière, le médecin du SMR a lui-même considéré que l'activité habituelle de secrétaire de la recourante était une activité adaptée et que sa capacité de travail dans ce cadre était de 80%. Ainsi, l'exigibilité dans une activité adaptée correspond, en l'espèce, à celle se rapportant à l'activité habituelle. Partant, la Cour attribue pleine valeur probante à l'expertise du Dr F \_\_\_\_\_, les objections du SMR n'étant pas de nature à la remettre en cause. Elle retiendra donc que la capacité de travail de la recourante était nulle le 11 octobre 2009. c) Il s'agit à présent de déterminer comment cette capacité a évolué depuis cette date jusqu'à la décision litigieuse. c.a) La première indication d'un changement dans l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail apparaît dans le rapport du 6 avril 2010 du Dr G \_\_\_\_\_. En effet, ce dernier a indiqué à cette occasion qu'au 30 mars 2010, la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit avait très fortement régressé et que l'évolution de la recourante était donc très nettement favorable. Il avait discuté, avec cette dernière, de la possibilité qu'elle reprenne son activité professionnelle à 50% de son taux usuel de 75%, dès le 12 avril 2010. Quand bien même, la recourante n'a repris le travail à hauteur de quinze heures par semaines (soit le 50% de son 75%) que le 3 mai 2010, rien ne justifie de s'écarter de l'avis du médecin traitant, ce d'autant moins qu'il aurait plutôt tendance, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci, en conformité avec la jurisprudence rappelée ci-dessus. Partant, il sera retenu que dès le 12 avril 2010, la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. c.b) La recourante a repris le travail dès le 3 mai 2010 et ce, jusqu'au 29 juin 2010, puis du 12 juillet au 21 juillet 2010, les deux fois à 50% de son 75%. En dehors de ces périodes, son médecin traitant a maintenu l'incapacité totale de travailler de sa patiente. Or, rien dans le dossier ne permet de conclure que l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis le rapport susmentionné du Dr G \_\_\_\_\_. Au contraire, il ressort du rapport du médecin du SMR du 7 février 2011 faisant suite à l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010 que l'état de santé de cette

dernière a continué de s'améliorer. Il est vrai que la Cour de céans n'a pas suivi les conclusions de ce document en tant qu'elles se rapportaient à l'appréciation rétrospective de la capacité de travail de la recourante, pour les raisons déjà exposées plus haut. Il n'en demeure pas moins que ce rapport doit se voir reconnaître une valeur probante en ce qui concerne ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle à compter de l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010. En effet, conformément aux exigences de la jurisprudence, il contient un résumé du dossier, une anamnèse professionnelle, par système et psychosociale, un rappel des antécédents familiaux et personnels, un descriptif des plaintes actuelles, un descriptif du status général, neurologique, ostéoarticulaire et un descriptif des éléments ressortant des examens radiologiques. Le diagnostic posé est clair et motivé en référence avec les pièces du dossier et les constatations cliniques. Par ailleurs, aucun autre élément du dossier mis à part les certificats médicaux du Dr B\_\_\_\_\_ - qui ne comportent aucun diagnostic ni aucune motivation de l'incapacité totale de travailler de la recourante, et n'ont donc aucune valeur probante - ne va à l'encontre des conclusions du Dr I\_\_\_\_\_. Au contraire, le rapport de ce dernier s'inscrit dans la continuité de celui du Dr G\_\_\_\_\_, ce d'autant plus que postérieurement audit rapport, la recourante a continué de bénéficier de séances de physiothérapies, qui avaient précédemment été à l'origine de l'amélioration de son état de santé. Par conséquent, la Cour de céans suivra les conclusions du Dr I\_\_\_\_\_ et considérera qu'à compter de l'examen rhumatologique, soit dès le 10 décembre 2010, la recourante était capable de travailler dans son activité habituelle à hauteur de 80%. c.c) La recourante a à nouveau repris le travail à 50% de son 75% du 10 janvier au 17 février 2011, puis a été mise en arrêt de travail complet depuis cette date jusqu'au prononcé de la décision litigieuse. Or, rien dans le dossier ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010, même si: 1) En janvier 2012, dans un rapport non daté, le Dr L\_\_\_\_\_ a constaté une discrédence dans les taux d'incapacité notés et a été surpris de l'établissement de la capacité résiduelle par le SMR. Ce document ne pose aucun diagnostic, ne contient aucune indication de date, ni aucune appréciation de la capacité de travail. Il n'a donc aucune portée pour la présente cause. 2) La Dresse J\_\_\_\_\_ a invoqué, le 1<sup>er</sup> février 2011, un syndrome douloureux chronique. En effet, contrairement aux exigences de la jurisprudence mentionnée plus haut, elle n'est pas psychiatre. De plus, elle n'est arrivée à aucune conclusion quant à l'impact éventuel sur la capacité de travail de la recourante. La recourante ne peut donc tirer argument de ce document. 3) Le 16 février 2011, le Dr N\_\_\_\_\_ a également relevé la persistance d'un syndrome algique qui devenait chronique. Outre le fait que le médecin semble plutôt rapporter les plaintes de sa patiente que poser un diagnostic propre, la même remarque que ci-dessus prévaut quant à la spécialisation du médecin. De plus, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, il n'a pas effectué une appréciation personnelle mais s'est contenté de constater, également dans le cadre d'un rappel des plaintes de la recourante, une difficulté de reprise du travail supérieure à 50%. La même conclusion que ci-dessus s'impose donc. 4) Le 18 février 2011, la Dresse J\_\_\_\_\_ a souligné la situation professionnelle tendue de la recourante, qui s'était montrée agressive verbalement, cynique, revendicatrice, avec une interprétation et une lecture négative systématique de tout ce qui était fait vis-à-vis d'elle, ainsi que la détresse et la fatigue extrême de cette dernière. Elle n'a néanmoins posé aucun diagnostic, pas plus qu'elle ne s'est positionnée quant à la capacité de travail de cette dernière, si ce n'est en indiquant de manière très générale que la recourante n'avait pas un état de santé lui permettant de reprendre actuellement une quelconque activité

régulière, ce qui n'est pas suffisant. Ici aussi, la recourante ne peut tirer aucun argument de ce document. Au contraire, les constatations faites par le Dr M\_\_\_\_\_ lors de l'IRM du rachis lombaire et de la jonction lombo-sacrée du 27 janvier 2011 mettent en évidence l'absence de péjoration de ces derniers par rapport à l'examen du 24 septembre 2009. c.d) Enfin, s'agissant des deux rapports produits par la recourante à l'occasion de la procédure de recours, ni l'un ni l'autre ne peuvent avoir une quelconque portée s'agissant de l'appréciation de sa capacité de travail: 1) En effet, le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ du 1<sup>er</sup> février 2012 a été établi postérieurement à la décision litigieuse. De plus, le médecin s'est livré à un pronostic de reprise future du travail à 50% sans indication de date, mais en tous les cas postérieurement à la décision litigieuse. Or, il sied de rappeler ici que selon la jurisprudence, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 121 V 366 consid. 1b; ATF 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4; ATF non publié I 392/03 du 25 août 2003). 2) Le rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_ a également été établi le 21 mai 2012, soit postérieurement à la décision litigieuse. Dans la mesure où elle a suivi la recourante depuis le 4 février 2011, le diagnostic posé peut être pris en considération, contrairement à l'appréciation de la capacité de travail qui ne concerne que la période postérieure à la décision litigieuse, ce qui a pour conséquence que la recourante ne peut en tirer aucun argument. En tout état de cause, il sied de relever que ce rapport fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, dans la mesure où les douleurs sur le trajet sciatique à droite ont été résolues. De plus, le diagnostic posé de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive n'est accompagné d'aucune évaluation de la sévérité de ce trouble et de l'impact éventuel sur la capacité de travail de la recourante durant la période antérieure à la décision litigieuse. Enfin, il faut souligner que la recourante, en précisant que l'origine de ses douleurs est physiologique et ne doit pas être recherchée dans un trouble psychique, même partiel, ne souhaite tirer aucun argument dudit rapport. e) Partant, la Cour de céans conclura, sur la base de ce qui précède, que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle a évolué comme suit: 0% du 22 janvier 2009 au 11 avril 2010; 50% du 12 avril 2010 au 9 décembre 2010; 80% du 10 décembre 2010 au 8 décembre 2011; Au vu de ce qui précède et conformément à la jurisprudence suscitée, les éléments du dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité de la recourante et son droit à une rente, en fonction des diverses périodes d'incapacité de travail. Préalablement se pose toutefois la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à la recourante un statut mixte de personne active à 75% seulement. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés

travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3; ATF 125 V 146 consid. 2c et les références). Pour fixer la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité n'est pas à elle seule déterminante, même si, selon la jurisprudence, il convient d'accorder un poids important à cette circonstance. Ainsi, par exemple, le fait qu'avant la survenance de l'invalidité, une personne s'occupait prioritairement ou dans une grande mesure du ménage ne permet pas de conclure automatiquement qu'elle aurait continué de le faire à l'avenir (ATF non publié I 629/05 du 16 mars 2006, consid. 4.2.2; ATF non publié I 266/05 du 11 avril 2006, consid. 4; ATF non publié I 449/05 du 14 décembre 2005, consid. 3.2.2). b) En l'espèce, il ressort du dossier que depuis le 20 décembre 2003, la recourante a travaillé, de manière continue depuis fin 2003 à temps partiel: d'abord à 50% du 20 décembre 2003 au 31 janvier 2007, puis à 75% dès le 1<sup>er</sup> février 2007. Par ailleurs, la recourante n'a pas contesté le statut mixte qui a été retenu par le SMR. Le statut mixte de la recourante sera donc admis, à concurrence de 75% pour la sphère professionnelle, et 25% pour la sphère ménagère. c) Néanmoins, il faut relever que seul le médecin du SMR s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans la sphère ménagère, concluant à une capacité de 80% dès la date de l'expertise LAA du 11 novembre 2009. Or, dans la mesure où il n'a nullement motivé son appréciation, cette dernière n'a pas de valeur probante sur ce point. Par ailleurs, aucune enquête ménagère n'a été diligentée afin de déterminer l'empêchement effectif de la recourante dans le même cadre postérieurement à l'échéance du délai de carence et son évolution jusqu'à la décision litigieuse. Il faut donc considérer qu'il n'est pas possible à la Cour de trancher en toute connaissance de cause la question de l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère sur la base du dossier. Lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (DTA 2001 p. 169). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne

saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210137 V 210). Dans le cas d'espèce, bien qu'il n'apparaisse pas que les faits aient été constatés de manière sommaire dans l'idée que la Cour les éclaircirait, le dossier est incomplet. Il s'en suit qu'il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé, ce d'autant plus qu'une telle solution s'impose également afin de ne pas priver la recourante d'un degré de juridiction. Le recours sera donc partiellement admis, la décision du 8 décembre 2011 sera annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé, afin: qu'il mette en œuvre une instruction visant à apprécier l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère et les éventuelles fluctuations de cet empêchement depuis le début du délai de carence jusqu'à la décision du 8 décembre 2011; cela fait, qu'il procède à un calcul du degré d'invalidité, avant de rendre une nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe à 1'500 fr. (art. 1 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

\*\*\*\*\* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :  
Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 8 décembre 2011 et renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, calcul du degré d'invalidité, et nouvelle décision. Met un émolument de fr. 500 à la charge de l'intimé, qui versera une indemnité de 1'500 fr. à la recourante à titre de dépens. 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 Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF 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.