

## **GE\_GERICHTE A/3269/2011 vom 4. April 2012**

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3269\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3269_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/3269/2011 du 4 avril 2012

IT: GE\_GERICHTE A/3269/2011 del 4 aprile 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 5**

ème Chambre En la cause Madame T \_\_\_\_\_, domiciliée à Carouge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame T \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), ressortissante portugaise née en 1972, a travaillé en tant que femme de chambre jusqu'au 22 août 2008, date à laquelle elle a été victime d'un accident entraînant une incapacité de travail totale. Mandaté par l'assureur-accidents, le Dr A \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a procédé à l'examen de l'assurée. Dans son rapport du 19 mars 2009, ce médecin a établi une brève anamnèse et relevé que l'assurée se plaignait d'une raideur extrême de l'avant-pied droit, d'une tuméfaction diffuse, avec des douleurs mécaniques et nocturnes. Elle trouvait l'évolution extrêmement lente, ce qui la démoralisait. Lors de l'examen clinique, le Dr A \_\_\_\_\_ a constaté une tuméfaction diffuse et une marbrure de la peau remontant jusqu'au médio-tarse. La palpation révélait un pied extrêmement raide. Il a posé les diagnostics de fracture intra-articulaire de la tête du 2ème métatarsien droit avec perte de la congruence articulaire, de status post-révision chirurgicale de l'articulation intermétatarsienne II, et d'algoneurodystrophie du pied droit avec raideur diffuse des articulations métatarsophalangienne, phalangienne proximale et distale. Les plaintes de l'assurée étaient objectivées par l'algoneurodystrophie, alors en phase aiguë. Il était impératif de poursuivre la physiothérapie. Il était difficile d'établir un pronostic, cette pathologie pouvant durer de 2 à 18 mois. La capacité de travail était nulle en tant que femme de chambre, de même que dans toute activité exigeant de marcher ou impliquant une charge même partielle sur le membre inférieur droit. Aucune activité n'était raisonnablement exigible pour l'heure, l'accent devant être mis sur la rééducation. La capacité de travail devait cependant être réévaluée régulièrement en fonction de l'évolution clinique. Le 8 juillet 2009, l'assurée a déposé une demande tendant à l'octroi de mesures de réadaptation auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI). Dans un questionnaire rempli le 21 juillet 2009, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait travaillé jusqu'au 22 août 2008. Sa rémunération serait de 45'500 fr. en 2009. Elle percevait des indemnités journalières depuis son accident. Dans un rapport du 3 août 2009, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a posé le diagnostic de status après fracture intra-articulaire de la tête métatarsienne II hautement comminutive avec enfoncement central et dorsalement à droite et de fragments intra-articulaires libres, cette atteinte ayant des répercussions sur la capacité de travail depuis le 22 août 2008. L'assurée souffrait de douleurs et l'évolution était difficile. L'activité habituelle n'était plus exigible mais une reprise de l'activité professionnelle pouvait être envisagée en cas de poursuite du traitement consistant en physiothérapie et médicaments. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: les activités exercées uniquement debout, en alternance

des positions, principalement en marchant, accroupie, à genoux, en montant les escaliers ou impliquant le port de charges et le travail sur une échelle étaient exclues. L'assurée avait en outre besoin d'une canne. Le Dr B\_\_\_\_\_ a joint à son rapport un compte-rendu de l'intervention pratiquée par ses soins le 29 octobre 2008, consistant en une résection des fragments intra-articulaires libres, une régulation des contours de la tête métatarsienne II et une arthrolyse métatarso-phalangienne. L'assurée a eu un entretien avec le Service de réadaptation de l'OAI le 6 août 2009. Dans son rapport, l'OAI a noté qu'il s'agissait d'une personne jeune et volontaire voulant retravailler. Elle se déplaçait avec une canne. Il a été convenu entre l'assurée et l'OAI que celle-ci entreprendrait des recherches afin de trouver une formation dans une activité adaptée à son état de santé. Par communication du 21 septembre 2009, l'OAI a pris en charge un cours de français et un cours d'informatique à titre de mesures d'intervention précoce, conformément au contrat d'objectifs passé le même jour avec l'assurée. Dans son rapport du 25 septembre 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état de séquelles d'une fracture du pied droit et attesté d'une incapacité de travail totale du 23 août au 12 octobre 2008. L'activité habituelle n'était plus exigible. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activités exercées uniquement debout, en alternance des positions, en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation, en montant les escaliers, pas d'activités impliquant le port de charges (à tester), le travail sur échelle ou sur un échafaudage. Dans un courrier du 27 octobre 2009, le Dr B\_\_\_\_\_ a relevé que l'assurée présentait une arthrose post-traumatique invalidante la rendant dépendante de cannes. La probabilité de retravailler en tant que femme de chambre dans l'année qui suivrait était très mince, compte tenu de l'évolution difficile depuis sa fracture. Il préconisait un reclassement professionnel dans une activité sédentaire ou en adaptant dans un premier temps les efforts physiques, ou un reclassement dans la profession d'aide-soignante pour laquelle l'assurée avait été formée au Portugal. Il a joint à son courrier un rapport adressé le 15 septembre 2009 à l'assureur-accidents, dont il ressort notamment que la pathologie de l'arthrose métatarso-phalangienne II primait sur l'algodystrophie post-traumatique, actuellement résolue cliniquement. L'évolution restait très difficile et douloureuse et une révision chirurgicale était prévue le 16 septembre 2009, comprenant une arthrolyse, une résection des fragments intra-articulaires et une régularisation de la tête métatarsienne II versus arthroplastie. Selon l'évolution après cette opération, l'indication opératoire à une prothèse serait discutée. En cas d'évolution défavorable, un reclassement professionnel devrait être envisagé afin de tenir compte de l'impossibilité de marcher sans cannes. Le 12 janvier 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée qu'il prendrait en charge de nouveaux cours d'informatique et de français. Dans son rapport du 8 mars 2010, le Dr D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a précisé qu'il n'avait été consulté que quatre fois par l'assurée, ses difficultés financières et de déplacement ne lui permettant pas de poursuivre le traitement. Il a diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F 33.11) ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse, il a noté que l'assurée avait connu un premier épisode dépressif en 2005, lié à son adaptation difficile en Suisse, sans bénéficier de traitement. La rechute dépressive était liée à l'arrêt de travail, aux complications de sa fracture, aux douleurs et aux incertitudes quant à sa récupération fonctionnelle. Elle présentait actuellement une tristesse, une baisse de motivation et d'intérêt, une fatigue et une fatigabilité, de l'anxiété. Elle souffrait de difficultés d'endormissement et de réveils fréquents, d'une diminution de l'appétit et de ses capacités d'attention et de concentration. Elle avait également parfois des idées passives de

mort. Le pronostic restait favorable à moyen terme, grâce à la combativité de l'assurée et à l'absence de trouble de la personnalité. Les restrictions de la capacité de travail étaient liées aux limitations fonctionnelles. Sur le plan intellectuel, elle disposait de ressources suffisantes pour une reconversion professionnelle. Dans son rapport du 19 janvier 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution très difficile et d'une probable nouvelle maladie de Südeck. L'assurée restait en incapacité de travail totale, se déplaçait encore avec des cannes et les douleurs persistaient. Il a joint le compte-rendu opératoire de l'intervention réalisée le 16 septembre 2009, lors de laquelle il avait procédé à une arthrolyse métatarso-phalangienne II étendue, à une ostéoplastie et résection du cartilage résiduel de la tête métatarsienne II, à une résection des fragments intra-articulaires libres et à une ténolyse des tendons des extenseurs court et long du 2<sup>ème</sup> orteil. Dans son rapport du 13 avril 2010, le Dr B\_\_\_\_\_ a signalé que l'état de l'assurée était stationnaire. L'évolution était difficile en raison de lésions arthrogènes et d'une maladie de Südeck. Le Dr A\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen de l'assurée le 21 avril 2010. Il a complété l'anamnèse, dans laquelle il a signalé que les suites de l'intervention de septembre 2009 étaient difficiles, les douleurs persistant. Malgré une rééducation intensive, le pied droit restait raide et l'assurée était très limitée dans ses activités de la vie quotidienne. Elle se déplaçait en rampant dans son appartement. L'assurée se plaignait de douleurs multiples au niveau du rachis et de la hanche droite et d'un enraidissement diffus jusqu'à la hanche. Elle n'arrivait pas à dormir en raison de ses douleurs au pied droit. Elle ne pouvait plus marcher correctement malgré le récent changement de cannes et avait des douleurs et des paresthésies aux mains. Lors de l'examen clinique, le médecin a noté une bradypsychie et un indice de masse corporelle de 17. La marche était difficile et le pied droit présentait une raideur diffuse. Le Dr A\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de fracture intra-articulaire de la tête du 2<sup>ème</sup> métatarsien droit avec perte de la congruence articulaire, de status post révision chirurgicale de l'articulation intermétatarsienne II, d'algoneurodystrophie du pied droit avec raideur diffuse des articulations métatarso-phalangiennes, phalangienne proximale, distale, Chopart, Lisfranc et tibioastragalienne, de rétraction douloureuse des tendons des abducteurs au niveau de l'insertion distale de la hanche droite, d'état dépressif réactionnel et d'insuffisance pondérale. La situation ne semblait plus maîtrisable par un traitement ambulatoire et le Dr A\_\_\_\_\_ proposait une hospitalisation en vue d'une rééducation intensive et d'un travail sur l'humeur de l'assurée. S'agissant de la capacité de travail et des possibilités de reconversion, le Dr A\_\_\_\_\_ a repris les conclusions de son rapport de mars 2009. L'assurée a séjourné à l'Unité de médecine physique et de réadaptation orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) du 20 avril au 10 mai 2010. Dans leur rapport du 12 mai 2010, les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont posé les diagnostics de status après fracture comminutive intra-articulaire de la tête du 2<sup>ème</sup> métatarsien droit traitée par deux interventions chirurgicales, d'algoneurodystrophie post-opératoire du pied droit d'évolution défavorable, de crises de tétanie très probablement d'origine psychologique depuis l'hospitalisation, de trouble dépressif avec symptômes somatiques, de fibromyalgie, de carence sévère en vitamine D traitée, d'hypocalcémie traitée et d'état de dénutrition sévère. L'évolution à la suite de la deuxième opération restait défavorable malgré le traitement. L'assurée se plaignait actuellement de douleurs du pied droit même au repos accompagnées de paresthésies, de sensations de chaud et froid et de gonflements le soir ainsi que d'une raideur complète dans ce pied. Elle souffrait également de douleurs à la face postérieure de la cuisse droite, irradiant au niveau des adducteurs et de la hanche droite lors de la mobilisation, de douleurs de surcharge au membre inférieur gauche, de douleurs lombaires

basses irradiant dans tout le dos jusqu'au niveau cervical et de douleurs aux omoplates lors de la mobilisation des bras. Elle ressentait parfois des paresthésies au niveau de la nuque et dans le cuir chevelu. Son sommeil était difficile avec des réveils fréquents, bien que partiellement amélioré par le traitement médicamenteux. L'assurée avait suivi un programme de physiothérapie ainsi qu'une prise en charge ergothérapeutique. Au plan orthopédique, les radiographies du bassin ne révélaient pas d'anomalie des articulations, mais uniquement un discret pincement articulaire coxo-fémoral bilatéral en position axiale des deux côtés. Le traitement médicamenteux avait été modifié compte tenu de la mauvaise réponse obtenue. La physiothérapie devait se poursuivre. Du point de vue neurologique, un électroneuromyographe (ENMG) n'avait pas montré d'atteinte nerveuse périphérique mais les potentiels sensitifs de grande taille orientaient vers une possible forme d'hyperexcitabilité membranaire. Cliniquement, il existait une activité de fond permanente du muscle jambier antérieur qui bloquait l'articulation de la cheville en semi-extension. L'assurée avait présenté des épisodes de tétanie généralisée sans convulsions au cours de son séjour. L'électroencéphalogramme réalisé était normal et une épilepsie pouvait ainsi être exclue. Au plan rhumatologique, les douleurs généralisées causaient une impotence fonctionnelle importante. Une scintigraphie osseuse réalisée le 28 avril 2010 ne montrait pas de signe d'algoneurodystrophie floride du pied droit, objectivant uniquement un status post-fracture du deuxième rayon du pied droit et une possible surcharge humérale gauche. Les tests réalisés ne permettaient pas de retenir une pathologie rhumatismale. Le diagnostic le plus probable était celui de fibromyalgie avec une importante kinésiophobie. La physiothérapie devait se poursuivre. Au terme de son séjour, l'assurée alternait les déplacements en fauteuil roulant et à l'aide de cannes. Elle gardait une boiterie antalgique avec appui sur le talon droit ainsi qu'une bascule de la hanche gauche et une hyperlordose lombaire compensatrices. Les douleurs au pied droit persistaient à la marche et elle présentait toujours des contractures musculaires importantes de tout le membre inférieur droit. L'assurée avait en outre bénéficié de conseils nutritionnels en raison de son état de dénutrition grave. Au plan psychiatrique, elle avait été suivie par le Dr G\_\_\_\_\_.

Celui-ci avait noté un ralentissement psychomoteur marqué, ainsi qu'une thymie triste avec un sentiment important d'impuissance face à sa situation. Elle avait de plus un comportement assez infantin. Un suivi psychiatrique plus important lui permettrait de se détendre et d'améliorer sa relation avec son corps, raison pour laquelle elle était transférée dans un service de psychiatrie. Le 10 mai 2010, l'assurée a été transférée à l'unité psychiatrique hospitalière adulte des HUG. Dans son rapport rempli début août 2009, la Dresse H\_\_\_\_\_ a noté que l'hospitalisation était encore en cours. Dans l'anamnèse, ce médecin a relevé une dégradation de l'état général et l'apparition d'un affaiblissement et de douleurs diffuses au dos et dans les membres. L'assurée n'avait jamais recouvré une mobilité complète de son pied droit, malgré les nombreuses tentatives de réadaptation. L'assurée se montrait très démonstrative, ce qui ne favorisait pas la rééducation. Au plan psychiatrique, en raison de son trouble de la personnalité, elle avait développé depuis 2008 un état dépressif récurrent. En effet, son image corporelle avec un pied déformé lui était insoutenable. Elle manifestait de la colère et de la méfiance et souffrait de troubles du sommeil et de l'appétit. Elle se plaignait également d'un sentiment d'engourdissement dans tout le corps et de douleurs diffuses. Sur la quatrième page du rapport, la Dresse H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail était nulle depuis 2008 pour une durée indéterminée. L'activité n'était plus exigible en raison des problèmes psychiatriques et physiques, étant précisé que "[le] patient [est] à la retraite" ( sic ). Dans un résumé de séjour

du 16 juillet 2010, le Dr I \_\_\_\_\_ du Centre d'accueil et d'urgences des HUG a noté que l'assurée avait été transférée en milieu psychiatrique afin d'optimiser les soins avec un soutien psychologique intensif en parallèle à la rééducation. L'assurée était calme et collaborante, orientée aux quatre modes. Son discours était cohérent et informatif, elle n'avait pas de signes ou symptômes de la lignée psychotique ni d'idées suicidaires. L'évolution de la thymie avait été très progressivement favorable lors de son séjour et l'assurée avait pu commencer à se mobiliser au moyen de ses cannes. Elle avait refusé un traitement d'anesthésie de la trigger zone dans le muscle jambier antérieur. Elle présentait également une aménorrhée investiguée en juillet 2010. Par communication du 30 juin 2010, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient pour l'heure pas indiquées. L'examen du droit à la rente se poursuivait. Dans leur rapport du 22 septembre 2010, les Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ de la Clinique genevoise de Montana ont indiqué que l'assurée y avait été hospitalisée du 2 au 25 août 2010. Ils ont posé le diagnostic principal de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et fait état des comorbidités suivantes: trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec somatisations (F 33.01), traits de personnalité histrionique (F 61.1), trouble du comportement alimentaire (F 50.8), algoneurodystrophie post-traumatique du pied droit (M 89.0), aménorrhée secondaire (N 91.1), galactorrhée sur hyperprolactinémie (N 64.0), incontinence urinaire mixte (R 32), dénutrition (E 46), status après épisodes de tétanie d'origine psychogène, status après deux interventions orthopédiques de l'avant-pied droit et status après fracture comminutive intra-articulaire. A l'admission, les médecins ont constaté un état général conservé bien que l'assurée fût amaigrie. Celle-ci présentait des douleurs à la palpation du rachis dorso-lombaire, ainsi que sur 12 points de Smythe. Ils ont également fait état d'une position vicieuse à la station debout avec bascule du bassin à gauche et d'une tuméfaction, d'une rougeur et d'un gradient thermique de l'avant-pied centrés sur le 2<sup>ème</sup> métatarsien. L'extension dorsale du pied était limitée et une allodynie de l'avant-pied droit était constatée, de même qu'une baisse de la sensibilité superficielle sur le cou de pied droit. Du point de vue psychologique, la thymie était légèrement triste. Il y avait une baisse de l'élan vital, une asthénie, une fatigabilité, des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil, mais pas d'idée noire, d'idée suicidaire, d'aboulie ou d'anhédonie. Elle ne présentait pas de trouble du cours ou du contenu de la pensée ni d'élément de la lignée psychotique. L'estime de soi était conservée sans sentiment de culpabilité. Malgré les difficultés à se projeter dans l'avenir, l'assurée n'avait pas de sentiment d'incurabilité. Elle ne présentait pas non plus d'anxiété. Malgré les diagnostics contradictoires sur ce point, les Drs J \_\_\_\_\_ et K \_\_\_\_\_ ont retenu une algoneurodystrophie post-traumatique basée sur l'examen clinique hautement évocateur. Il existait de plus clairement un trouble somatoforme douloureux ainsi que des troubles statiques liés à l'incapacité de l'assurée de charger sa jambe droite. Ses traits de personnalité histrionique reflétaient par ailleurs une importante vulnérabilité psychologique. Les plaintes de l'assurée étaient les suivantes: elle décrivait des douleurs pulsatiles, lancinantes, rongeantes mais également sous forme de fourmillements, de crampes, de brûlures et de décharges électriques. Aucun facteur ne permettait de les diminuer et elle était opposée à toute médication antalgique, se positionnant en victime de prescriptions médicamenteuses qui lui auraient été imposées par le passé. Les médecins ont souligné que le risque d'escalade dans les investigations et le tourisme médical ne feraient que renforcer les comportements négatifs. Au plan psychique, l'assurée avait pris conscience que sa perte d'indépendance et l'arrêt du travail avaient dégradé sa thymie et s'était rendu compte des difficultés liées à son isolement. Cependant,

sa pathologie lui avait amené de nombreux bénéfices secondaires sous forme d'une attention plus soutenue de son entourage, qui pourrait expliquer ses faibles progrès en termes d'implication dans ses traitements. Les médecins ont constaté des améliorations au cours du séjour que l'assurée n'a quant à elle pas reconnues, se déclarant déçue par la prise en charge médicale. Des projets avaient été mis en place pour favoriser sa resocialisation et donner un sens à sa période d'inactivité actuelle, tels que des cours de français. L'OAI et l'assureur-accidents ont de concert mandaté les Drs L\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, et M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie pour examiner l'assurée. Selon leur rapport du 2 décembre 2010, l'assurée ne décrivait pas de symptômes de nature dépressive mais des douleurs somatiques au pied droit avec irradiations dans la jambe, la cuisse et la hanche et une douleur très prononcée sur le côté gauche déclenchée par la marche. Ses douleurs disparaissaient lorsqu'elle était assise. Elle s'est également plainte de douleurs pulsatiles avec hyposensibilité et froideur ou chaleur du pied droit, d'une crispation survenant à la marche dans la jambe ainsi que de douleurs aux membres supérieurs liées à l'utilisation des cannes. L'assurée se plaignait de froideur du pied droit durant la journée, de douleur continue sur le 2<sup>ème</sup> métatarse droit exacerbée lorsqu'elle prenait appui sur ce pied, d'une douleur du pied droit et de la cheville remontant jusqu'à la hanche lors de l'appui sur le pied droit, de douleurs au niveau lombaire remontant jusque dans la région cervicale et provoquant des fourmillements dans la région occipitale. Elle a déclaré éprouver des difficultés à assumer les activités de la vie quotidienne. Ses relations sociales étaient appauvries, avant tout en raison de ses difficultés à se déplacer. Elle avait cessé son traitement médicamenteux après son séjour hospitalier, dont elle conservait un très mauvais souvenir. Au plan locomoteur, le Dr L\_\_\_\_\_ a constaté un status après fracture comminutive de l'extrémité distale du 2<sup>ème</sup> métatarse du pied droit, un status après révision de l'articulation inter-métatarsienne II et un status après algoneurodystrophie du membre inférieur droit, sans incidence sur la capacité de travail depuis le 10 mai 2010. La scintigraphie osseuse du 28 avril 2010 ne montrait pas de signe d'algoneurodystrophie floride et cette atteinte était dès lors stable, bien que le statu quo ante ne puisse jamais être retrouvé en raison des séquelles présentées. Les limitations fonctionnelles liées à ce diagnostic étaient les suivantes: pas de position debout, pas d'alternance des positions assise-debout, pas de marche prolongée, pas de déplacements en hauteur. Le port de charges légères était possible en position assise. La capacité de travail était nulle depuis le 22 août 2008 dans le dernier emploi mais complète dès le 10 mai 2010 dans une activité adaptée. La date retenue correspondait à la fin de l'hospitalisation pour des motifs somatiques. Un traitement antalgique était souhaitable pour remédier aux plaintes de l'assurée. L'expert a également fait état de douleurs diffuses sans incidence sur la capacité de travail. Il n'y avait que quatre points douloureux sur les 18 points de contrôle, ce qui excluait le diagnostic de fibromyalgie. Du point de vue psychiatrique, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une personnalité histrionique (F 60.4) sans répercussion sur la capacité de travail. L'assurée était également atteinte d'un trouble de l'adaptation, réaction dépressive prolongée, en rémission (F 43.21) sans incidence sur sa capacité de travail. L'auto-questionnaire de Beck rempli par l'assurée révélait une tristesse mais un bon moral, pas de sentiment de culpabilité, de baisse de l'estime de soi, d'irritabilité, de pleurs, une préservation de l'appétit et de l'intérêt pour la vie en général. L'examen clinique n'a cependant pas mis en évidence une tristesse mais plutôt un découragement et un manque de confiance dans le corps médical. L'assurée avait de plus du plaisir à être en contact avec des gens. Elle avait conservé son énergie et ne présentait pas de bradypsychie. Le diagnostic de trouble anxieux sans précision (F 41.9),

sans répercussion sur la capacité de travail, a également été posé. Une symptomatologie anxieuse n'était pas présente lors de l'examen clinique, mais il s'agissait d'une constatation anamnétique exprimée sous forme d'une légère émotivité empreinte de préoccupation et de colère. Enfin, le Dr M \_\_\_\_\_ a fait état d'une possible anesthésie dissociative et atteintes sensorielles (F 44.6) sans incidence sur la capacité de travail, en raison des pertes de sensibilité et des sensations de froideur et chaleur éprouvées par l'assurée, en l'absence de tout substrat organique permettant d'expliquer ces phénomènes. En synthèse, les experts ont noté que les troubles somatiques avaient entraîné une atteinte durable mais que celle-ci s'était stabilisée en avril 2010. Les séquelles de cette pathologie justifiaient de fixer l'atteinte à l'intégrité à 20 %. Pour les pathologies en lien de causalité avec l'accident du 22 août 2008, la reprise d'une activité en position assise était exigible dès le 10 mai 2010, date de la fin des investigations purement somatiques. En raison de la personnalité histrionique de l'assurée, seules des éventuelles mesures de reclassement professionnel pouvaient présager d'une évolution favorable, pour autant que l'environnement professionnel soit accueillant. Cependant, les troubles psychiatriques n'étaient pas invalidants dans la reprise d'une activité professionnelle. De plus, la structure de personnalité de l'assurée ne l'avait jamais empêchée d'exercer une activité lucrative par le passé. Au plan somatique, une réadaptation était possible. Dans un emploi adapté, la capacité de travail était entière dès le 10 mai 2010 pour les troubles physiques et dès le 28 septembre 2010 du point de vue psychique. Par projet de décision du 30 décembre 2010, l'assureur-accidents a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge des traitements au 10 mai 2010 et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. S'agissant du droit à la rente, il a comparé le revenu sans invalidité, soit 43'987 fr. 50 en 2008 et 45'719 fr. 65 après indexation à celui que l'assurée pourrait tirer d'une activité adaptée, exigible dès le 10 mai 2010. A cet égard, l'assureur-accidents s'est fondé sur le revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive selon l'Enquête suisse des salaires (ESS) en 2008, soit 51'372 fr. ou 53'394 fr. 90 après indexation. Même en tenant compte d'un abattement de 20 % sur le gain d'invalidité, l'assurée ne subissait aucun préjudice économique du fait de son invalidité et n'avait dès lors pas droit à une rente. Par avis du 21 mars 2011, la Dresse N \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), se référant à l'expertise réalisée par les Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_, a retenu une capacité de travail complète de l'assurée dans une activité adaptée dès le 28 septembre 2010. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée le 24 mars 2011. Se référant pour le revenu avec invalidité au salaire ressortant de l'ESS 2008 pour les activités simples et répétitives (TA1, ligne Total), soit 4'116 fr. pour 40 heures par semaine, il l'a indexé à 2010 et l'a recalculé sur la base d'une durée hebdomadaire moyenne de travail de 41.6 heures. Le revenu avec invalidité était ainsi de 52'457 fr. et de 47'211 fr. en tenant compte d'un abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité était quant à lui de 45'500 fr. conformément au salaire indiqué par l'employeur pour 2009. Le degré d'invalidité obtenu en comparaison de ces revenus était nul. L'OAI a précisé que l'abattement justifié par les circonstances était de 20 % en l'espèce ( sic ). Par projet du 1 er avril 2011, l'OAI a retenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle du 22 août 2008 au mois de septembre 2010 et qu'elle avait dès lors droit à une rente d'invalidité du 1 er janvier 2010 au 31 décembre 2010 (six mois après le dépôt de la demande). Dès cette date, se référant au calcul du 24 mars 2011, l'OAI a considéré que le degré d'invalidité de l'assurée était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente et à des mesures de reclassement. Il a indiqué qu'une aide au placement pourrait être examinée sur

demande motivée. Par décision du 13 septembre 2011, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité de 336 fr. du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2010. Le montant de la rente était calculé en fonction d'un revenu annuel moyen de 36'936 fr. et d'une durée de cotisations de deux ans et neuf mois. Selon l'extrait de la feuille de calcul, des cotisations avaient été enregistrées durant cinq mois en 2005, et douze mois en 2006, 2007 et 2008, puis huit mois en 2009. Par acte du 17 octobre 2011, l'assurée interjette recours contre la décision de l'OAI Elle conclut sous suite de dépens préalablement à l'audition de Madame U\_\_\_\_\_, assistante sociale, et des Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_ et au fond au versement d'une rente entière au-delà du 31 décembre 2010. Elle allègue qu'elle est encore en incapacité de travail et que sa symptomatologie est largement dominée par une dépression nerveuse dont le traitement n'est pas couronné de succès. Elle affirme qu'à la demande de son assistante sociale, elle consulte un psychiatre qui a prescrit un arrêt de travail de 15 jours dès le 13 octobre 2011 ( recte : 8 octobre). Ces éléments contredisent la projection du Dr M\_\_\_\_\_ qui envisageait une reprise à 100 % en décembre 2010, ce qui rend nécessaire une actualisation des données cliniques sur son état psychique. Elle soutient également qu'elle a commencé à travailler en Suisse à fin 2005 et qu'elle a cotisé jusqu'en 2009 au moins. Partant, la durée de cotisations de deux ans et neuf mois qu'indique la décision entreprise semble erronée. Elle requiert que l'intimé fournisse sa base de calcul afin qu'elle puisse se déterminer sur ce point. Elle produit les pièces suivantes à l'appui de son recours: rapport du 11 août 2010 de la Dresse Q\_\_\_\_\_, cheffe de clinique au Département de psychiatrie des HUG, diagnostiquant notamment un trouble dépressif récurrent et récusant le diagnostic de fibromyalgie malgré la symptomatologie douloureuse; rapport du 3 septembre 2010 du Dr I\_\_\_\_\_ faisant notamment état d'un trouble dépressif récurrent en rémission et indiquant que la thymie de l'assurée s'était progressivement améliorée lors de son séjour, malgré une anxiété par rapport à l'avenir; certificat du 31 mai 2011 du Dr B\_\_\_\_\_ attestant d'une incapacité de travail totale du 22 août 2008 au 31 juillet 2011; extrait d'un formulaire de l'assurance-chômage rempli le 7 septembre 2011 par la Dresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin-conseil de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI, notant un problème physique et un problème psychique pour lequel le traitement psychiatrique n'a pas amené de résultat notable et concluant à l'inaptitude au placement de la recourante; certificat du 13 octobre 2011 établi par le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, et attestant que l'état de santé de la recourante nécessite un arrêt de travail de 15 jours dès le 8 octobre 2011. Par décision du 14 octobre 2011, le Vice-président du Tribunal civil a accordé l'assistance juridique à la recourante. Dans sa réponse du 15 novembre 2011, l'intimé conclut au rejet du recours. S'agissant de l'épisode dépressif particulièrement sévère allégué par la recourante, il fait valoir que les nouveaux documents produits ne permettent pas de revenir sur ses conclusions. Il relève que les notions d'inaptitude au placement selon l'assurance-chômage et d'invalidité ne se recouvrent pas et que la recourante ne peut dès lors tirer argument de l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_. Pour ce qui est des bases de calcul des cotisations, il renvoie à l'extrait de compte individuel figurant dans le dossier de la recourante et rappelle que la caisse de compensation est compétente pour calculer le montant de la rente. Il joint à son écriture un avis de la Dresse N\_\_\_\_\_ du 7 novembre 2011, aux termes duquel les documents produits n'amènent aucun élément médical nouveau susceptible de remettre en cause ses constatations du 21 mars 2011 car la Dresse O\_\_\_\_\_ n'amène aucun élément médical objectif et le certificat du Dr P\_\_\_\_\_, qui ne pose aucun diagnostic, est postérieur à la décision querellée. Par courrier du 16 décembre 2011, la Cour de céans

requiert de la Caisse de compensation HOTELA (ci-après la Caisse) qu'elle lui fasse parvenir l'extrait du compte individuel de la recourante ainsi que de se déterminer sur les modalités de calcul de la durée de cotisations. La Caisse s'exécute par courrier du 6 janvier 2012. Elle rappelle que la durée de cotisations pour la détermination de l'échelle de rente diffère de la durée de cotisations déterminant la moyenne des revenus. La première est établie en fonction des périodes de cotisations inscrites au compte individuel de la recourante et la période de cotisations de janvier à août 2009 permet de combler des lacunes de cotisations, tandis que le revenu annuel moyen tient compte des périodes de cotisations jusqu'au 31 décembre précédant la naissance du droit à la rente, soit en l'espèce jusqu'au 31 décembre 2008, ce qui représente une durée de cotisations de deux ans et neuf mois. La Caisse joint l'extrait de compte individuel de la recourante, qui affiche les revenus suivants: 3'825 fr. en 2005 pour deux mois de cotisations, 25'639 fr. en 2006 pour huit mois de cotisations, 37'196 fr. en 2007 pour onze mois de cotisations, 31'421 fr. en 2008 pour douze mois de cotisations, et 6'849 fr. en 2009 pour six mois de cotisation. La Caisse verse également la feuille de calcul de la rente, dont il ressort un revenu de 4'554 fr. soumis à cotisations durant douze mois pour l'année 2010. La Caisse a déterminé que l'échelle 9 est applicable, en se fondant sur une durée de cotisations de trois ans et cinq mois dont huit durant l'année d'ouverture de la rente. Quant au revenu annuel moyen déterminant, elle l'a calculé en revalorisant au moyen du facteur 1 la somme des revenus de 98'081 fr. divisée par deux ans et neuf mois de durée de cotisations. Le 7 février 2012, la recourante se détermine sur les explications et les pièces de la Caisse en indiquant que les documents produits lui paraissent corrects et qu'elle s'en remet à justice s'agissant du calcul de la rente.

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. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA). Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur son degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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 (art. 7 al. 2 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. 28 al. 2 LAI). a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 , consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 , consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa

conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 , consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1, ATF 128 V 174 ). b) Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidé (ATF 126 V 75 , consid. 3b/aa; ATF non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4;). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Quant au revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). c) La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 , consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 , consid. 3.3). En l'espèce, l'expertise réalisée par les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle repose en effet sur l'étude du dossier médical complet de la recourante et

tient compte des plaintes de celle-ci. Les experts ont procédé à une anamnèse complète. C'est à l'issue d'examen cliniques particulièrement fouillés qu'ils ont rendu leurs diagnostics, en prenant la peine d'exposer de manière détaillée les critères permettant de retenir ces atteintes et d'exclure d'autres diagnostics. Leurs conclusions quant à l'incidence sur la capacité de travail des différentes atteintes sont de plus convaincantes et bien motivées. On soulignera par ailleurs que l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ paraît très favorable à la recourante. En effet, bien que ce spécialiste ait exclu pour chacune des atteintes psychiques une incidence sur la capacité de travail de la recourante, il a retenu dans sa synthèse une incapacité de travail pour troubles psychiatriques jusqu'à la date de son examen du 28 septembre 2010, soit plus d'un mois après la sortie de la recourante de la Clinique genevoise de Montana. Il y a lieu de souligner que la recourante ne remet pas expressément en cause les résultats auxquels sont parvenus les experts, mais invoque une incapacité de travail persistante avant tout liée à une dépression nerveuse qui ne s'amende pas malgré le traitement. Les pièces qu'elle fournit à cet égard ne suffisent cependant pas à renverser les conclusions des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_. S'agissant du rapport de la Dresse Q\_\_\_\_\_, il faut noter en premier lieu que si ce médecin y fait état d'un trouble dépressif récurrent, elle ne se prononce pas sur la capacité de travail de la recourante de sorte que cette dernière ne peut en tirer argument. Par ailleurs, dans la mesure où ce rapport a été établi à une date à laquelle les experts ont reconnu une incapacité de travail liée à l'hospitalisation, il n'est pas en contradiction avec l'expertise. Les mêmes remarques peuvent être reprises au sujet du Dr I\_\_\_\_\_, en soulignant que ce médecin fait état d'un trouble dépressif en rémission et d'une amélioration de la thymie, ce qui tend à démentir la persistance et la gravité de la symptomatologie dépressive alléguées par la recourante. S'agissant du certificat du Dr B\_\_\_\_\_, s'il atteste d'une incapacité de travail perdurant au-delà de celle reconnue par les experts, il ne motive nullement cette incapacité et ne précise pas si elle concerne l'activité habituelle de la recourante ou toute activité adaptée. Ce document ne peut dès lors se voir conférer de valeur probante. Quant au formulaire rempli par la Dresse O\_\_\_\_\_ en septembre 2011, il ne comporte aucun diagnostic précis et n'est pas non plus suffisamment complet pour renverser le rapport d'expertise. De plus, comme le souligne à juste titre l'intimé, l'assurance-chômage et l'assurance-invalidité n'ont pas un caractère complémentaire réciproque et tiennent compte de critères différents: l'incapacité de travail pour l'assurance-invalidité et l'aptitude au placement pour l'assurance-chômage. Un assuré peut dès lors être inapte au placement du point de vue de la législation sur l'assurance-chômage et se voir nier le droit à l'indemnité, même si son incapacité de travail est trop faible pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité (ATF non publié 9C\_872/2009 du 30 juin 2010, consid. 4). L'inaptitude au placement de la recourante du point de vue de l'assurance-chômage n'est dès lors pas suffisante pour reconnaître une invalidité. L'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_ peut en outre être remis en question dès lors qu'elle note que le traitement psychiatrique n'a pas amené de résultat notable. En effet, la recourante s'est vu prescrire des médicaments antidépresseurs mais n'a pas poursuivi le traitement psychothérapeutique auprès du Dr D\_\_\_\_\_ au-delà de quelques séances. On s'étonne dès lors de lire un commentaire sur l'absence de résultat, alors que le traitement n'a été que partiel. La Cour de céans observe en outre que l'absence de suivi par un médecin spécialiste en psychiatrie jusqu'à ce que la recourante consulte le Dr P\_\_\_\_\_ tend à corroborer les conclusions des experts sur l'absence de gravité de ses troubles psychiques. Quant au certificat du Dr P\_\_\_\_\_, il atteste d'une incapacité de travail dès le 8 octobre 2011 seulement. On peut donc en déduire que la capacité de travail

de la recourante était entière avant cette date, ce qui correspond aux conclusions des experts. De plus, ce certificat établi pour deux semaines seulement ne contient aucun diagnostic et n'est dès lors pas suffisant à établir une incapacité de travail de longue durée. Même si cela avait été le cas, il faut rappeler que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales 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 116 V 248, consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement et qui ont modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287, consid. 4). L'incapacité de travail établie par le Dr P \_\_\_\_\_ étant postérieure à la décision querellée, elle devrait donc faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations si elle devait perdurer. Eu égard à ces éléments, l'audition des médecins et de l'assistante sociale de la recourante s'avèrent superflus, par appréciation anticipée des preuves. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions des experts, selon lesquelles la recourante a été totalement incapable de travailler du 22 août 2008 au 28 septembre 2010. Il reste à examiner si le calcul par l'intimé du degré d'invalidité de la recourante dès la reprise exigible d'une activité lucrative adaptée est conforme au droit. S'agissant du revenu sans invalidité, c'est à juste titre que l'intimé a retenu le salaire indiqué par l'employeur pour 2009, soit 45'500 fr. Quant au revenu avec invalidité, conformément à la jurisprudence exposée ci-dessus, l'intimé s'est référé au revenu statistique tiré d'une activité simple et répétitive, soit 4'116 fr. par mois en 2008 pour une durée de travail de 40 heures. Adapté en fonction de l'indexation jusqu'en 2009 et d'une durée de travail de 41.6 heures, le revenu avec invalidité est de 52'446 fr. Le rapport du 24 mars 2011 contient par ailleurs une incohérence, dans la mesure où le calcul tient compte d'un abattement de 10 % alors que les explications qui le complètent font état de circonstances justifiant un abattement de 20 %. Cependant, même en retenant un abattement de 20 %, le revenu avec invalidité est de 41'957 fr. La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit ainsi à un degré d'invalidité de 8 %, qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. S'agissant de la période durant laquelle une rente est octroyée à la recourante, à teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Cependant, l'art. 29 al. 1 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. Si l'incapacité de travail de la recourante a débuté en 2008, sa demande n'a été faite qu'en juillet 2009. Partant, c'est à juste titre que l'intimé n'a versé les prestations que dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010, soit six mois plus tard. Quant à la fin du droit aux prestations, conformément à l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. En l'espèce, ce délai de trois mois a expiré à fin décembre 2010, compte tenu de la capacité de travail de la recourante dès le 28 septembre 2010. Partant, c'est à juste

titre que l'intimé a mis un terme au versement de la rente au 31 décembre 2010. S'agissant du calcul de la rente, la Cour de céans rappelle ce qui suit. a) Les dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10) sont applicables par analogie au calcul des rentes ordinaires, comme cela découle de l'art. 36 al. 2 LAI. Selon l'article 29 bis al. 1 LAVS, le calcul de la rente est déterminé par les années de cotisations, les revenus provenant d'une activité lucrative ainsi que les bonifications pour tâches éducatives ou pour tâches d'assistance entre le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date où l'ayant droit a eu 20 ans révolus et le 31 décembre qui précède la réalisation du risque assuré. Le Conseil fédéral règle la prise en compte des mois de cotisations accomplis dans l'année de l'ouverture du droit à la rente, des périodes de cotisation précédant le 1<sup>er</sup> janvier qui suit la date des 20 ans révolus et des années complémentaires (art. 29 bis al. 2 LAVS). b) La durée de cotisations est réputée complète lorsqu'une personne présente le même nombre d'années de cotisations que les assurés de sa classe d'âge (art. 29 ter al. 1 LAVS). Il y a année entière de cotisations lorsqu'une personne a été assurée pendant plus de onze mois au total et que pendant ce temps-là, elle a versé la cotisation minimale ou qu'elle présente des périodes de cotisations au sens de l'art. 29 ter al. 2, let. b et c LAVS (art. 50 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 [RAVS ; RS 831.101]). Selon l'art. 52c RAVS, les périodes de cotisations entre le 31 décembre précédant la réalisation du cas d'assurance et la naissance du droit à la rente peuvent être prises en compte pour combler les lacunes de cotisations. Les revenus provenant d'une activité lucrative réalisés durant cette période ne sont toutefois pas pris en considération pour le calcul de la rente. c) Les rentes partielles sont calculées linéairement en fonction du rapport entre les années entières de cotisations de la personne assurée et celles de sa classe d'âge (art. 52 RAVS; ATF 131 V 371 consid. 6.2 et les références). Conformément à l'art. 53 RAVS, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) établit des tables de rentes dont l'usage est obligatoire. La rente est calculée sur la base du revenu annuel moyen de l'assuré (art. 29 quater première phrase LAVS). Sont pris en compte les revenus d'une activité lucrative sur lesquels des cotisations ont été versées (art. 29 quinquies al. 1 LAVS). La somme des revenus de l'activité lucrative est revalorisée en fonction d'un indice déterminé chaque année par le Conseil fédéral (art. 30 al. 1 LAVS). Le Conseil fédéral a délégué la compétence de fixer le facteur de revalorisation à l'OFAS (art. 51 bis al. 1 RAVS). Le calcul du revenu annuel moyen prend également en considération les périodes de cotisations et les revenus correspondants pris en compte en vertu de l'art. 52c RAVS (cf. art. 51 al. 2 RAVS). Il convient d'examiner le calcul de la rente à la lumière de ces dispositions. Pour déterminer le revenu moyen, la Caisse a divisé les revenus soumis à cotisation de 2005 à 2008, soit 98'081 fr. divisés par une durée de cotisations de deux ans et neuf mois et revalorisés par un facteur 1. C'est bien un facteur de 1 qui s'applique pour les cas d'assurance survenus en 2010 lorsque les premières inscriptions ont été portées au compte individuel de l'assuré en 2005 (Facteurs de revalorisation 2010 de l'OFAS). En revanche, la durée de cotisations retenue par la Caisse semble inexacte. La Caisse a en effet fait abstraction des mois de cotisation en 2009. Or, le droit à la rente s'ouvre le 1<sup>er</sup> janvier 2010 et il convient de prendre en compte les revenus réalisés jusqu'au 31 décembre qui précède, soit en l'espèce le 31 décembre 2009. Par ailleurs, la Caisse mentionne une durée de cotisation totale de trois ans et cinq mois, dont huit durant l'année d'ouverture du droit à la rente. Cependant, selon l'extrait de compte, la durée de cotisations jusqu'à fin 2009 est de 38 mois au total, soit trois ans et trois mois. Le calcul de la Caisse paraît donc erroné. En intégrant comme il se doit les revenus soumis à cotisations en 2009 au calcul du revenu moyen déterminant, on obtient un revenu total de

104'930 fr. qu'il convient de diviser par la durée de cotisation de trois ans et trois mois, ce qui donne un revenu moyen déterminant de 32'286 fr. S'agissant de l'échelle applicable, la durée de cotisations complète des assurés nés en 1972 est de 17 ans pour les cas d'assurance survenant en 2010, et l'échelle de rente 8 est applicable aux assurés qui comme la recourante présentent une durée de cotisations de 3 ans seulement (Table des rentes de l'OFAS 2009, p. 8 et 11). Cette échelle prévoit un montant mensuel de 283 fr. pour une rente entière pour les revenus jusqu'à 32'832 fr., ce qui se révèle inférieur à la rente calculée par la Caisse. C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales n'est pas lié par les conclusions des parties et peut réformer la décision attaquée au détriment du recourant, après l'avoir averti et lui avoir donné la possibilité de s'exprimer (cf. art. 61 let. d LPGA). Il ne s'agit toutefois que d'une faculté donnée au juge de réformer la décision attaquée en défaveur d'une partie, à laquelle il peut renoncer au vu de l'ensemble des circonstances (ATF 119 V 241, consid. 5; ATFA non publié C 119/02 du 2 juin 2003, consid. 4). En l'espèce, compte tenu du fait que la rente est limitée dans le temps et de la différence minime des montants de la rente, la Cour de céans renonce à faire usage de cette faculté. Si la décision de l'intimé doit être confirmée en tant qu'elle porte sur la durée du versement de la rente, l'aide au placement proposée ne paraît pas suffisante eu égard aux limitations fonctionnelles de la recourante et au fait que les médecins n'ont donné aucun exemple d'activité adaptée. Il est notamment à rappeler que, selon l'expertise multidisciplinaire du 2 décembre 2010, seules des mesures de reclassement professionnel peuvent présager d'une évolution favorable, pour autant que l'environnement professionnel soit accueillant. Or, selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_385/2009 du 13 octobre 2009). Il convient aussi de rappeler que l'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 588/05 du 27 avril 2006 consid. 3; ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34)- Il y a donc lieu d'octroyer à la recourante une mesure d'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière et qui a pour but de cerner la personnalité des assurés, afin de déterminer leurs capacités et leurs dispositions. Celles-ci constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel [CMRP] de l'Office fédéral des assurances sociales valable dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, n° 2001) Compte tenu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante, qui est représentée, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 500 fr. (art. 61 let. g LPGA). 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 partiellement. Annule la décision du 13 septembre 2011 en tant qu'elle a refusé à la recourante une mesure d'orientation professionnelle et la confirme pour le surplus. Octroie à la recourante une mesure d'orientation professionnelle. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 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 Diana ZIERI La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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