

GE_GERICHTE A/509/2011 vom 15. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_509_2011

FR: GE_GERICHTE A/509/2011 du 15 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE A/509/2011 del 15 novembre 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée à GRAND-LANCY, représentée par APAS-Assoc. permanence défense des patients et assurés recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame C _____ (ci-après l'assurée), née en 1962, est au bénéfice d'un certificat fédéral de capacité d'employée de commerce et d'un diplôme de secrétaire bilingue français-anglais. D'octobre 2000 à janvier 2002, l'assurée a travaillé à plein temps au Greffe des Commissions cantonales de recours en matière d'impôts ICC et IFD. Suite à une période de chômage, de février 2002 à janvier 2004, une occupation temporaire lui a été proposée en tant que secrétaire à 75% auprès de l'Ecole X _____ (du 9 février 2004 au 24 février 2005). Dès le 16 juillet 2004, l'assurée a été en incapacité de travail totale. Le 13 septembre 2004, l'assurée a été opérée d'une hernie discale L4-L5. Par rapport du 22 mai 2006, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne et néphrologie, a indiqué que les douleurs présentées par l'assurée sont handicapantes pour toute occupation, aussi bien ménagère que pour son travail professionnel de secrétaire. La discectomie L4-L5 effectuée en septembre 2004 n'avait pas fondamentalement amélioré les douleurs. L'assurée était inapte à toute activité lucrative, pour une durée indéterminée. Le 2 juin 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après OAI). Par rapport du 21 décembre 2006, le Dr L _____ a diagnostiqué un syndrome vertébral dorso-lombaire sur pathologies multiples. L'assurée présentait des dorsalgies permanentes, des blocages douloureux, des sciatalgies bilatérales et des difficultés de concentration. L'incapacité de travail était totale. Elle ne pouvait ni rester assise, ni effectuer des tâches ménagères. Il n'y avait pas d'amélioration prévisible et aucune activité n'était exigible. Le 29 octobre 2007, l'assurée a été soumise à un examen rhumatologique effectué par le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR). Par rapport du 27 novembre 2007, il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombosciatalgies droites séquellaires sur status après cure de hernie discale, troubles statiques et dégénératifs. Toute activité à forte charge physique ou nécessitant des positions statiques prolongées était contre-indiquée. L'activité habituelle de secrétaire pouvait être facilement adaptable aux limitations fonctionnelles découlant de l'atteinte à la santé. Ainsi, l'assurée devrait pouvoir avoir une pleine capacité de travail dans une telle activité avec une diminution de rendement de 20% au maximum. L'incapacité de travail totale attestée par le médecin traitant ne se justifiait donc pas. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 30 minutes sans possibilité de varier les positions au minimum deux fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée. Possibilité de réaliser une pause de 10 à 15 minutes pendant laquelle l'assurée peut s'allonger. Pas de position en

antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition. Pas d'activité en hauteur, sur terrain instable ou de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis. S'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail, celle-ci avait été totale de juillet 2004 à fin décembre 2004. Dès janvier 2005, l'assurée présentait théoriquement une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de l'ordre de 20%. Le 28 janvier 2008, l'assurée a subi une intervention chirurgicale en raison de deux nouvelles hernies discales en L4-L5 et L5-S1. Le 26 août 2008, le Dr N_____ a indiqué que l'évolution n'était pas favorable, avec la persistance de douleurs principalement neurogènes dans le membre inférieur, associées à des douleurs lombaires pour lesquelles l'assurée portait un corset. Au traitement médicamenteux lourd s'ajoutait un traitement de physiothérapie. Par rapport du 4 décembre 2008, le Dr N_____ a indiqué que depuis l'intervention du 28 janvier 2008, une douleur radiculaire forte persistait à droite nécessitant un traitement médical lourd. Il ne pouvait se prononcer sur la reprise ultérieure d'une activité lucrative et le pronostic était réservé. Par rapport du 16 février 2009, le Dr O_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, diagnostic et traitement de la douleur, a constaté des lombosciatalgies droites et une discopathie L4-L5, L5-S1. La capacité de travail dans l'activité habituelle était nulle en raison des douleurs chroniques, de l'irritation radiculaire à l'effort et à la mobilisation. Des infiltrations ont été faites pour soulager l'assurée. Par avis du 10 mars 2009, le Dr P_____, médecin auprès du SMR, a indiqué qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis l'examen effectué par le Dr M_____ était probable. Il convenait de soumettre celle-ci à un nouvel examen pour établir les limitations fonctionnelles et la capacité de travail. Par rapport du 21 avril 2009, le Dr M_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des séquelles de l'échec chirurgical rachidien (lombosciatalgies droites séquellaires, sur status après cure de hernie discale à plusieurs reprises, troubles statiques et dégénératifs) et un raccourcissement du membre inférieur gauche. L'assurée présentait une hypertension artérielle non traitée et une probable fibromyalgie secondaire sans répercussion sur la capacité de travail. L'examineur a conclu à une nette aggravation de son état de santé avec la présence de troubles neurologiques sous la forme d'un déficit sensitif, associés à un syndrome radiculaire irritatif et un trouble de la force avec amyotrophie constatée. Cette aggravation de la symptomatologie sur le plan neurologique était indéniable par rapport à l'évaluation du 29 novembre 2007. Sur le plan ostéoarticulaire, il existait une nette diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, dans un contexte de déconditionnement global, le tout aggravé par une surcharge pondérale et d'importants troubles arthrosiques. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétitive, pas de position statique assise au-delà de 20 à 30 minutes, sans possibilité de varier les positions minimum 2 fois par heure, de préférence à la guise de l'assurée, la possibilité de réaliser des pauses de 15 à 20 minutes pendant lesquelles l'assurée peut s'allonger toutes les deux heures au minimum, pas de position en antéflexion ou en porte-à-faux du rachis, pas de position accroupie ou en genuflexion à répétition, pas d'activité en hauteur, sur terrain instable ou de position en porte-à-faux ou en antéflexion du rachis, pas de position statique debout immobile, diminution du périmètre de marche à environ 15 à 20 minutes. La capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée depuis janvier 2005. Dès janvier 2008, l'incapacité de travail était totale. Après une période de réentraînement progressif à l'effort, un reconditionnement musculaire et une réadaptation au monde du travail sur une période de six mois, il était vraisemblable que

l'assurée puisse retrouver une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle, activité qui peut être facilement adaptée aux limitations fonctionnelles. Au vu des atteintes ostéoarticulaires et du trouble neurologique post-opératoire séquellaire, la capacité de travail était tout au plus de 50% dans l'activité habituelle. Par rapport du 14 décembre 2009, le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine interne et en néphrologie, a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis environ deux ans, sans qu'il y ait de changement dans les diagnostics. Elle présentait des douleurs à la mobilisation du rachis, un engourdissement du membre inférieur droit et une aréflexie achillenne droite. Sa capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle. Par avis du 29 mars 2010, la Dresse R _____, médecin auprès du SMR, a relevé que le médecin traitant n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux, il n'y avait notamment pas d'aggravation de l'état de santé depuis deux ans. Par ailleurs, aucune amélioration n'était décrite dans son rapport. Ainsi, l'amélioration escomptée par le Dr M _____ n'avait pas été obtenue. Cela étant, l'assurée n'avait pas effectué de réentraînement intensif. Il y avait donc lieu de retenir les conclusions du Dr M _____ du 21 avril 2009, à savoir une capacité de travail théorique de 50% dans l'activité habituelle, six mois après son examen. Par rapport du 23 avril 2010, la Dresse S _____, spécialiste FMH en neuroradiologie, a indiqué que les données de l'IRM mettaient en évidence des images compatibles avec un discret remaniement cicatriciel inflammatoire de type fibrose post-opératoire au pourtour de l'émergence des racines L5 et S1 droites. Par ailleurs, la discopathie L4-L5 s'accompagnait d'une nette proéminence discale postéro-médiane et para-médiane bilatérale pouvant être à l'origine de lombosciatalgies à bascule. Le 22 juin 2010, une enquête ménagère a été effectuée. Par rapport du 24 juin 2010, l'enquêtrice a retenu un statut mixte (75% dans la sphère active et 25% dans la sphère ménagère). Selon les empêchements retenus dans le ménage, l'invalidité était de 15,02%. Par projet de décision du 5 août 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui verser une rente entière (degré d'invalidité de 79%) du 28 janvier 2009 au 31 janvier 2010. Dès le 1^{er} février 2010, le droit à un quart de rente était reconnu, sur la base d'un degré d'invalidité de 41%. L'OAI a indiqué que depuis juillet 2004, l'incapacité de travail avait été de 20%. Depuis le 28 janvier 2008, l'incapacité de travail avait été totale. Cela étant, l'assurée pouvait récupérer une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, six mois après l'examen effectué par le Dr M _____. Ainsi, de juillet 2004 au 28 janvier 2008, le degré d'invalidité global était de 18,75% ($[20\% \times 0,75] + [15\% \times 0,25]$), ce qui ne donnait pas droit à une rente. Dès le 28 janvier 2008, le degré d'invalidité global était de 78,75% ($[100\% \times 0,75] + [15\% \times 0,25]$). L'issue du délai de carence d'une année se terminait donc le 28 janvier 2009, date à partir de laquelle naissait le droit à une rente entière. Enfin, six mois après l'évaluation médicale du 20 avril 2009, soit dès le 1^{er} novembre 2009, la capacité de travail dans la sphère professionnelle était de 50%, soit un degré d'invalidité de 41,25% ($[50\% \times 0,75] + [15\% \times 0,25]$). Par rapport du 23 août 2010 adressé à l'OAI, le Dr T _____ a expliqué suivre l'assurée depuis octobre 2007. L'assurée n'avait jamais présenté d'amélioration de sa symptomatologie. Elle se plaignait toujours de sciatalgies et de lombalgies fortement invalidantes, malgré les divers traitements instaurés. Ces symptômes, qui l'invalidaient fortement, étaient secondaires à une discopathie protrusive L4-L5-S1 droite associée à des remaniements cicatriciels inflammatoires persistants post-opératoires au pourtour de l'émergence des racines L5-S1 droites, comme l'avait à nouveau confirmé l'IRM effectuée en avril 2010. Une nouvelle infiltration avait alors été effectuée par le Dr O _____, qui s'était soldée par un échec. Vu l'ensemble des antécédents, de

l'échec des mesures thérapeutiques entreprises durant les dernières années et de l'absence d'amélioration des symptômes, il n'était pas justifié de retenir une capacité de travail de 50%. Il demandait par conséquent à l'OAI de revoir sa décision. Par courrier du 2 septembre 2010 adressé à l'OAI, le Dr N_____ a expliqué que depuis l'intervention effectuée en janvier 2008, la situation restait malheureusement très handicapante. L'assurée présentait actuellement des douleurs neurogènes L5 et S1 qui répondaient mal à un traitement médical. Parallèlement à cela, l'IRM effectuée en avril 2010 montrait une évolution défavorable de la discopathie L4-L5 avec une sténose progressive de ce segment. L'assurée présentait donc une symptomatologie d'une part séquellaire neurologique L5-S1 et d'autre part une symptomatologie mécanique. Dans une telle situation, les moyens thérapeutiques restaient malheureusement limités. Les médicaments classiquement utilisés n'avaient pas permis d'obtenir une situation satisfaisante et il n'y avait pas de garanties suffisantes pour envisager une nouvelle intervention chirurgicale. L'assurée avait besoin actuellement d'un traitement médical lourd, et malgré cela, les douleurs étaient persistantes quotidiennement jour et nuit. Dans de telles conditions, il était inconcevable d'attendre d'une patiente des capacités de concentration permettant une activité professionnelle de plus d'une heure par jour. Par courrier du 6 septembre 2010, l'assurée s'est opposée au projet de décision, en se référant aux avis des médecins traitants. Par avis du 15 novembre 2010, la Dresse R_____ a expliqué avoir discuté des nouveaux rapports avec le Dr M_____. Ces rapports n'apportaient pas de nouveaux éléments médicaux permettant de réévaluer leur position. L'assurée présentait des troubles dégénératifs arthrosiques et une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. Il n'y avait pas d'arguments pour une aggravation de son état de santé. Par décision du 3 février 2011, l'OAI a maintenu la teneur de son projet de décision. Par acte du 21 février 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant principalement à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière dès le 1^{er} octobre 2008. La recourante fait valoir qu'en raison de ses atteintes à la santé, son incapacité de travail est totale. D'ailleurs, le rapport du SMR du 29 mars 2010 faisait état de ce que l'amélioration escomptée, après la deuxième intervention, n'avait pas été obtenue. En outre, personne ne l'avait informée de l'exigence d'un réentraînement intensif tel que préconisé par le Dr M_____. Les rapports des médecins traitants ne laissaient pas penser que son cas avait été suivi avec légèreté, bien au contraire, et les différentes options thérapeutiques possibles avaient toutes été envisagées. Il résultait clairement des rapports des médecins traitants que son état était bien trop algique pour envisager un réentraînement à l'effort. Elle avait en outre tout mis en œuvre pour améliorer son état, mais ses efforts n'avaient pas apporté un bénéfice suffisant pour calmer ses douleurs tant neurogènes que mécaniques. Il convenait de prendre en compte son état de santé réel pour fixer le taux de son incapacité de travail, soit un 100% comme l'avait admis le Dr M_____. La recourante conteste par ailleurs le statut mixte retenu par l'OAI, faisant valoir que c'est un statut d'actif qui s'applique, car elle avait travaillé à 100% d'octobre 2000 à fin janvier 2002, avant d'être au chômage et de chercher un emploi à 100% de février 2002 à fin janvier 2004. Lorsqu'elle était arrivée à la fin de son droit aux indemnités journalières, une occupation temporaire, aux fins de lui ouvrir un nouveau délai-cadre lui avait alors été proposée, mais à 75% seulement. Elle s'était trouvée contrainte d'accepter ce taux d'activité, qui ne relevait pas de son propre choix. Cependant, à l'issue de cette mesure, elle ne pouvait plus s'inscrire à l'assurance-chômage à un taux supérieur à celui sur lequel elle avait cotisé, soit supérieur à 75%. Ainsi, on ne pouvait

déduire de cet enchaînement de circonstances indépendantes de sa volonté, qu'en bonne santé, elle aurait choisi de travailler à 75%. Enfin, s'agissant du début de l'invalidité, la recourante estime que lors de l'examen clinique effectué le 29 octobre 2007 par le Dr M _____, elle se trouvait déjà en incapacité de travail complète, de sorte que le droit à la rente devrait remonter au 1^{er} octobre 2008. A l'appui de son recours, la recourante produit un rapport du Dr O _____ du 28 juin 2010 ainsi que deux rapports datés du 4 février 2011 du Dr U _____, spécialiste FMH en radiologie. Ce médecin a expliqué à la recourante que l'attitude idoïne compte tenu de son état invalidant était de réaliser une nouvelle chirurgie. Il allait de soi que le taux d'incapacité de travail semblait être de 100% compte tenu de son état clinique avec un Lasègue largement positif aussi bien inversé que régulier. Par réponse du 22 mars 2011, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision. Il rappelle que le SMR a procédé à deux examens cliniques rhumatologiques, en date des 29 octobre 2007 et 20 avril 2009, à la suite desquels deux rapports ont été rendus qui ont pleine valeur probante. En raison d'un syndrome lombo-vertébral, la capacité de travail dans l'activité habituelle de secrétaire et dans toute activité adaptée est de 0% dès le 28 janvier 2008 et de 50% six mois après un réentraînement intensif, soit dès le 1^{er} novembre 2009, sans baisse de rendement. Etant donné que la capacité de gain se confond avec la capacité de travail, il n'y a pas lieu de procéder à une comparaison des revenus avec et sans invalidité. Les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail de la recourante et ne pouvaient l'être une seconde fois en tant que facteur de réduction du salaire. S'agissant du statut de la recourante, il apparaissait au degré de la vraisemblance prépondérante que sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité à 75%. Il était par conséquent justifié de calculer le degré d'invalidité de la recourante en application de la méthode d'évaluation mixte. Enfin, les nouveaux rapports produits dans le cadre de la procédure du recours n'apportaient aucun élément nouveau, comme le relevait la Dresse R _____ dans son avis du 13 mars 2011 joint à la réponse. Par réplique du 5 avril 2011, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle produit un courrier adressé le 23 novembre 2010 par le Dr N _____ au Dr U _____ ainsi qu'un rapport du Dr N _____ du 28 février 2011. Dans son courrier du 23 novembre 2010, le Dr N _____ a rappelé les interventions chirurgicales effectuées depuis septembre 2004. Il a relevé que depuis l'intervention du 28 janvier 2008, l'évolution était marquée par la persistance de douleurs neurogènes avec des douleurs mécaniques lombaires. L'IRM d'avril 2010 avait mis en évidence une évolution défavorable de la discopathie L4-L5 avec une sténose progressive de ce segment. Le médecin se trouvait devant la progression d'un problème mécanique lombaire, mais également devant une dégradation des douleurs séquellaires neurogènes. La situation était difficile à gérer et l'alternative chirurgicale serait une décompression et une stabilisation L3-S1. Par duplique du 3 mai 2011, l'intimé propose la mise en œuvre d'un examen rhumatologique, sous la forme d'une expertise judiciaire, afin de déterminer la capacité théorique de travail de la recourante dans une activité adaptée. Il se réfère à l'avis de la Dresse R _____ du 18 avril 2011, selon lequel il apparaît, au vu des nouveaux rapports produits, que la situation médicale de la recourante s'est aggravée progressivement depuis avril 2009, notamment sur le plan des douleurs et qu'une nouvelle intervention neurochirurgicale est envisagée. La capacité de travail théorique de 50% dans une activité adaptée ne pouvant pas être confirmée, il convenait de soumettre la recourante à un nouvel examen rhumatologique. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la

Cour de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits pertinents remontent à 2005. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1^{er} janvier 2008, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA). Il n'est pas contesté que la recourante a droit à une rente entière de l'assurance-invalidité du 1^{er} janvier 2009 au 31 janvier 2010. Le litige porte sur le point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est modifiée de telle manière à réduire sa rente à un quart de rente à compter du 1^{er} février 2010. Par ailleurs, est litigieuse également le début du droit à la rente. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier

2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de 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 (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). Depuis le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (ATF 127 V 299). 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. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles,

mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; ATF A non publié du 19 mars 2004, I 751/03 consid. 3.3, RAMA 1985 p. 240 consid. 4). En l'occurrence, dans sa décision litigieuse, l'intimé a considéré que dès novembre 2009, l'état de santé de la recourante s'était amélioré de sorte qu'elle pouvait exercer son activité habituelle à 50%. Suite aux pièces produites par la recourante dans le cadre de la présente procédure, l'intimé est d'avis que l'état de santé de la recourante s'est aggravé dès avril 2009 et qu'une expertise rhumatologique doit être mise en oeuvre par la Cour de céans afin de déterminer la capacité théorique de travail de la recourante. La recourante estime, quant à elle, que les pièces versées au dossier permettent de retenir une incapacité de travail totale dès octobre 2007. Par rapport du 21 avril 2009, le Dr M _____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des séquelles de l'échec chirurgical rachidien (lombosciatalgies droites séquellaires, sur status après cure de hernie discale à plusieurs reprises, troubles statiques et dégénératifs) et un raccourcissement du membre inférieur gauche. L'examineur a conclu que l'assurée présentait une nette aggravation de son état de santé avec la présence de troubles neurologiques sous la forme d'un déficit sensitif, associés à un syndrome radiculaire irritatif

et un trouble de la force avec amyotrophie constatée. Cette aggravation de la symptomatologie sur le plan neurologique était indéniable par rapport à l'évaluation qu'il avait faite le 29 novembre 2007. Sur le plan ostéoarticulaire, il existait une nette diminution de la mobilité au niveau du rachis lombaire, dans un contexte de déconditionnement global, le tout aggravé par une surcharge pondérale et d'importants troubles arthrosiques. Ce médecin a estimé que depuis janvier 2005, la capacité de travail était de 80% dans une activité adaptée, telle que l'était son activité habituelle. Dès janvier 2008, l'incapacité de travail était totale. Après une période de réentraînement progressif à l'effort, un reconditionnement musculaire et une réadaptation au monde du travail sur une période de six mois, il était vraisemblable que l'assurée puisse retrouver une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. La Cour de céans constate que ce rapport repose sur des examens de la recourante et l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. Le rapport est bien motivé, il explique notamment les diagnostics retenus et expose en outre de façon claire et précise les limitations fonctionnelles qu'impliquent les atteintes dont souffre la recourante ainsi que le taux de sa capacité de travail. Les conclusions de l'examineur sont ainsi dûment motivées. Il y a donc lieu de reconnaître une pleine valeur probante à ce rapport, ce que les parties ne contestent au demeurant pas. Il résulte par ailleurs des pièces versées à la procédure - et l'intimé ne le conteste plus - que suite à l'examen effectué le 20 avril 2009 par le Dr M_____, l'état de santé de la recourante ne s'est pas amélioré (rapport du 14 décembre 2009 du Dr T_____), la discopathie L4-L5 ayant évolué de manière défavorable (rapport du 23 avril 2010 de la Dresse S_____), de sorte que la recourante présente d'une part une symptomatologie séquellaire neurologique L5-S1 et d'autre part une symptomatologie mécanique, pour lesquelles les moyens thérapeutiques restent limités (rapports du Dr N_____ des 2 septembre et 23 novembre 2010). Dans la mesure où l'aggravation des atteintes présentées par la recourante est survenue après l'examen effectué par le Dr M_____ le 20 avril 2009 - date à laquelle la recourante présentait déjà une incapacité de travail totale dans toute activité - il y a lieu de retenir que ce taux d'incapacité a perduré depuis lors. Ce fait est au demeurant attesté par les médecins ayant examiné la recourante (rapports du Dr T_____ des 14 décembre 2009 et 23 août 2010 et rapports du Dr N_____ des 2 septembre et 23 novembre 2010). Ainsi au vu de l'ensemble des rapports médicaux versés à la procédure, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante présentait une capacité de travail de 80% dans son activité habituelle dès le 1^{er} janvier 2005 et, à compter du 1^{er} janvier 2008, une incapacité de travail totale qui a perduré à tout le moins jusqu'à la date déterminante de la décision sur opposition, soit jusqu'au 3 février 2011. Il y a encore lieu de préciser que la mise en oeuvre d'une expertise complémentaire, demandée par l'intimé, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations identiques à celles des médecins déjà consultés. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la demande de l'intimé doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a retenu une amélioration de la capacité de gain de la recourante à compter de novembre 2009, de sorte que la limitation du droit à la rente entière au 31 janvier 2010 ne se justifie pas. La décision doit par conséquent être annulée sur ce point, la recourante ayant droit au maintien de la rente entière postérieurement au 31 janvier 2010. Il convient encore de déterminer le

début du droit à la rente, la recourante contestant la date retenue par l'intimé. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Le délai d'attente pendant lequel l'incapacité de travail doit être en moyenne de 40% au moins est d'une année. Pour la détermination de l'incapacité de travail moyenne pendant le délai d'attente, les motifs de santé auxquels l'incapacité de travail doit être attribuée importent peu. Ces causes peuvent être de différente nature et intervenir successivement ou de manière cumulative. Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126). Outre une incapacité de travail moyenne de 40% pendant l'année de carence, la personne assurée doit présenter une invalidité de 40% à l'échéance de ce délai (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Pour les personnes exerçant une activité à temps partiel, il y a lieu de se fonder sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux domaines, par analogie avec la détermination du taux d'invalidité (ATF 130 V 97). On décidera que l'assuré appartient à la catégorie des assurés exerçant une activité lucrative à temps complet, des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel ou des assurés non actifs 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; Pratique 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 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). En l'occurrence, dans la mesure où le calcul de l'incapacité de travail moyenne et du délai d'attente est effectué différemment selon que l'assuré a un statut d'actif à plein temps ou à temps partiel, il y a lieu d'examiner si le statut d'actif à temps partiel (75% professionnel/25% ménager) retenu par l'intimé - et contesté par la recourante - est correct. Il ressort des pièces versées au dossier que si la recourante a certes travaillé à 75% en tant que secrétaire à l'Ecole X_____ entre février 2004 et février 2005, il n'en demeure pas moins que cette activité était à une occupation temporaire qui lui a été proposée par l'Etat de Genève, une fois les indemnités journalières du chômage épuisées. On ne saurait donc en déduire, sans autres, que ce taux partiel correspondait au choix de la recourante, ce d'autant plus que cette activité a été effectuée alors que la recourante présentait déjà une atteinte à la santé ayant une répercussion sur sa capacité de travail. La Cour de céans constate cependant que la recourante a travaillé d'octobre 2000 à janvier

2002 à plein temps, puis qu'elle a été à la recherche d'un emploi à 100% de février 2002 à janvier 2004. A cela s'ajoute le fait qu'au moment de la décision litigieuse, la recourante et son mari - employé en tant que chef technique - avaient encore à charge leurs deux enfants nés en 1988 et en 1992, ceux-ci étant alors en formation. Il apparaît dès lors, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sans atteinte à la santé, la recourante aurait travaillé à temps complet, de sorte que son statut est celui d'un assuré actif. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de calculer le délai d'attente uniquement sur la base du taux de l'incapacité de travail présenté par la recourante. Dans la mesure où la recourante a été en incapacité de travail à 20% dès janvier 2005 et à 100% dès janvier 2008, il apparaît que le délai d'attente, pendant lequel elle a présenté une incapacité de travail moyenne de 40% pendant une année, a échu le 31 mars 2008 (9 mois de l'année 2007 à 20% et 3 mois de l'année 2008 à 100% ; soit $[(9 \times 20) + (3 \times 100)] / 12 = 40\%$). A l'échéance de ce délai et compte tenu de son incapacité de travail totale dans toute activité (rapport du Dr M _____ du 21 avril 2009), la recourante présentait par ailleurs une invalidité de 100%. En conséquence, la recourante doit se voir reconnaître un degré d'invalidité de 100% lui ouvrant droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2008. C'est par conséquent à tort que la décision litigieuse ouvre le droit à la rente entière à compter du 1^{er} janvier 2009 seulement. Pour ce motif également, la décision doit être annulée. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 3 février 2011 sera annulée ; la recourante ayant droit à une rente entière dès le 1^{er} avril 2008 pour une durée indéterminée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet et annule la décision du 3 février 2011. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} avril 2008 pour une durée indéterminée. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses dépens. Met un émolument de 500 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le