

GE_GERICHTE A/559/2015 vom 14. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_559_2015

FR: GE_GERICHTE A/559/2015 du 14 mars 2016

IT: GE_GERICHTE A/559/2015 del 14 marzo 2016

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1956, originaire de Bolivie, est mariée et mère d'une fille née en 1997. Arrivée en Suisse en 2001, elle a été mise au bénéfice d'un permis de séjour à partir de février 2008 et a travaillé en qualité d'employée de maison pour différents particuliers dès 2001. En dernier lieu, elle a été au service des époux B_____ (ci-après l'employeur), du 15 juin au 31 décembre 2006. [endif]>[if> 2. Selon l'extrait de compte individuel de l'assurée, cette dernière a réalisé entre juin et décembre 2006 un revenu de CHF 21'412.-.[endif]>[if> 3. En date du 3 novembre 2006, l'assurée s'est blessée au pied droit en tombant dans les escaliers de son employeur. Les suites de cet accident ont été prises en charge par son assureur-accidents, la Zürich compagnie d'assurances.[endif]>[if> 4. Des radiographies de la cheville et du pied droits, réalisées le 4 novembre 2006 au service de radiodiagnostic et de radiologie interventionnelle des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG), ont mis en évidence une tuméfaction des tissus mous périmalléolaires externes, une épine calcanéenne et une ossification dans les tissus mous de la voûte plantaire. Aucune lésion osseuse traumatique n'a été décelée et une entorse a été diagnostiquée. [endif]>[if> 5. En raison de la persistance des douleurs, des examens complémentaires ont été effectués, en particulier une nouvelle radiographie le 18 décembre 2006 et un CT-Scan le 3 janvier 2007. Une fracture du calcanéum droit a alors été constatée.[endif]>[if> 6. Le 19 janvier 2007, une première intervention a été réalisée par excision d'un fragment fracturé du calcanéum droit. [endif]>[if> 7. Par rapport du 4 février 2008, le docteur C_____, chef de clinique au département de chirurgie des HUG, a diagnostiqué un état après une ablation d'un fragment de pseudarthrose de l'articulation calcanéocuboïdienne du pied droit suite à une fracture du processus antérieur du calcanéum, un état après une discectomie, une suspicion de synostose calcanéonaviculaire à droite et des troubles dégénératifs du pied droit, principalement centrés sur l'articulation sous-astragalienne moyenne et l'articulation talonaviculaire. Les suites post-opératoires étaient difficiles avec des douleurs persistantes à la marche et pendant la nuit.[endif]>[if> 8. Une scintigraphie osseuse réalisée le 19 février 2008 a permis de conclure à une hyperactivité du fragment résiduel interne du tubercule antérieur du calcanéum droit avec une condensation, une sclérose osseuse et des troubles dégénératifs a priori d'origine mécanique sur une néo-articulation talonaviculaire, ainsi qu'à un stress mécanique sur le point d'appui du calcanéum gauche avec une fasciite plantaire réactionnelle. [endif]>[if> 9. Le 29 mai 2008, l'assurée a subi une seconde intervention. Dans son compte-rendu opératoire du 2 juin 2008, le Dr C_____ a retenu le diagnostic de douleurs sur des séquelles de fracture du

processus antérieur du calcanéum droit avec un spicule osseux partant du processus antérieur du calcanéum au contact du scaphoïde. Étaient relevés, à titre d'antécédents, un état après une fracture du processus antérieur du calcanéum droit avec une excision d'un foyer de pseudarthrose, un état après une appendicectomie, un état après une discectomie lombaire et un état après une ovariectomie, et à titre de comorbidité, une surcharge pondérale. L'intervention avait consisté en l'excision du spicule à l'origine des douleurs, les suites opératoires étaient simples et l'évolution favorable.!

10. Le 8 juillet 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après l'OAI), mentionnant être en incapacité de travail totale et définitive depuis le 3 novembre 2006.!

11. Par rapport du 5 mars 2009, le Dr C_____ a signalé une arthrose du pied avec des douleurs diffuses, notamment à la marche. L'assurée ne pouvait pas exercer une activité impliquant les positions debout, accroupie ou à genoux, la marche, la montée d'escaliers ou encore le port de charges. En outre, sa capacité de compréhension était limitée car elle parlait très mal le français.!

12. Mandaté par l'assureur-accidents, le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu un rapport le 26 mars 2009, suite à son examen du 5 mars 2009. Il a diagnostiqué un status après une fracture de la petite apophyse du calcanéum droit et un status après une ablation du fragment fracturé, et signalé une surcharge pondérale importante qui était naturellement un élément défavorable pour les suites d'une fracture dans un pied. Ce médecin a relevé que le dossier médical était confus, en partie illisible et incomplet et qu'il avait dû se rendre personnellement à deux reprises aux HUG pour prendre connaissance du dossier complet. Il a également noté que les suites de l'accident avaient été « traitées d'une manière inhabituelle » puisque l'assurée n'avait pas été immédiatement adressée au service de chirurgie, qu'elle avait été « ballottée » entre plusieurs services non compétents des HUG, qu'il n'y avait pas encore eu de prescription de supports plantaires qui auraient peut-être amené une amélioration. L'assurée marchait avec une boiterie modérée, continuait à souffrir de son pied, la mobilité de l'arrière-pied et de l'articulation tibio-tarsienne était diminuée par rapport au côté gauche. L'ablation de la petite tubérosité du calcanéum entraînait un trouble certain de la fonction de l'arrière-pied, par manque de soutien de l'astragale par le calcanéum. Les dernières radiographies semblaient montrer qu'il pourrait y avoir un début d'arthrose au niveau de l'articulation astragalo-calcanéenne étant donné la disparition du soutien de la part de la petite tubérosité, ce qui pourrait conduire progressivement à une arthrose sous-astagalienne dont les suites pourraient nécessiter une arthrode de l'arrière-pied. Il suggérait fortement que l'assurée soit bien suivie par un médecin qui lui prescrive de la physiothérapie, de bons supports plantaires et s'occupe de la faire maigrir de manière efficace. L'état de santé n'était pas stabilisé et l'évolution n'était pas terminée. L'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'employée de maison, mais pourrait théoriquement travailler en tant que secrétaire commerciale, étant précisé qu'elle détenait un tel diplôme bolivien et avait travaillé dans cette activité pendant vingt-deux ans. Toutefois, il ignorait si elle était capable de le faire compte tenu de ses lacunes en français.!

13. L'assurée a été adressée par le Dr C_____ à la doctoresse E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, laquelle a diagnostiqué, dans son rapport du 1^{er} avril 2009, un status post ostéonécrose du tubercule antérieur du calcanéum du pied droit avec une résorption du processus antérieur et un microfragment restant. Une algoneurodystrophie n'était pas exclue, mais une scintigraphie osseuse effectuée le 18 février 2009 ne rapportait pas d'élément objectif par rapport à ce résultat. Un CT-Scan de la

cheville et du pied droit du 31 mars 2009 montrait des images en faveur d'une ostéonécrose du tubercule antérieur du calcanéum, éléments très probablement latents lors du dernier CT-Scan de contrôle réalisé une année auparavant. Vu l'absence d'élément rhumatologique inflammatoire, l'assurée était ré-adressée au Dr C_____.! [endif]> [if> 14. Le 11 mai 2009, le Dr C_____ a précisé à la Dresse E_____ qu'il avait pratiqué une excision chirurgicale du tubercule antérieur du calcanéum entre les radiographies de janvier 2008 et de mars 2009, de sorte qu'il ne s'agissait pas d'une ostéonécrose. Il retenait donc les diagnostics de troubles dégénératifs diffus du pied droit avec une suspicion d'algoneurodystrophie. Il avait effectué une prescription pour des supports plantaires longs et une physiothérapie. ! [endif]> [if> 15. Dans un rapport complémentaire du 7 juillet 2009, le Dr D_____ a précisé à l'assureur-accidents que l'assurée serait théoriquement apte à reprendre une activité professionnelle, progressivement, dès la bonne adaptation des supports plantaires. Toute activité sédentaire paraissait adaptée et exigible. Elle permettrait de réduire de 50% l'incapacité de travail, puis, après une adaptation de deux à trois mois, une reprise à 100% devrait être sans autre possible. ! [endif]> [if> 16. Par courrier du 3 août 2009, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'un délai de quatre mois lui était accordé pour trouver une activité adaptée à son état de santé. Il considérait qu'elle était capable de travailler à 50% dès le 1^{er} décembre 2009 et à 100% après une période de trois mois. Partant, il mettrait fin au versement des indemnités journalières au 28 février 2010. ! [endif]> [if> 17. L'assurée a contesté toute capacité de travail, même dans une activité sédentaire. ! [endif]> [if> 18. Le 25 septembre 2009, le Dr C_____ a prié l'OAI d'évaluer la possibilité de participer aux frais d'achat d'une paire de chaussures adaptée au port des semelles et indiqué qu'un reclassement pourrait être bénéfique à l'assurée. Selon lui, un travail sédentaire en position assise pourrait être envisagé, au moins à temps partiel. ! [endif]> [if> 19. Par communication du 3 février 2010, l'OAI a relevé que l'assurée avait transmis les documents relatifs à sa demande de chaussures orthopédiques à son assureur-accidents, lequel était compétent. ! [endif]> [if> 20. L'assureur-accidents a confié une expertise orthopédique au centre d'expertise médicale. Le docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a rendu son rapport le 7 avril 2010, après avoir examiné l'assurée le 25 février 2010. Il a diagnostiqué une ancienne fracture parcellaire de la grande apophyse du calcanéum à droite, un état après une excision d'un fragment déplacé de la grande apophyse calcanéenne, un état après une révision de la grande apophyse du calcanéum et une arthrose calcanéocuboïdienne débutante. Ce médecin a notamment mentionné que le dossier radiologique complet amené par l'assurée était important et comportait plus de 3'600 fichiers. Les plaintes actuelles de l'assurée, laquelle marchait sans boiterie, consistaient en des douleurs de l'arrière-pied droit, une limitation de la durée de marche (une heure et demie), une sensation de constriction lors des positions assises de longue durée. Son examen clinique montrait un pied droit qui n'était pas grossièrement déformé et les mobilités en inversion, éversion et extension étaient limitées. Étaient contre-indiquées les marches et stations debout de longue durée, les marches en terrain inégal, les positions accroupies, ainsi que les montées et descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles. Les séquelles présentées au niveau du pied droit ne permettaient pas la reprise de la fonction d'employée de maison qui impliquait principalement la position debout et beaucoup de déplacements à pied. En revanche, il n'existait aucune contre-indication à la reprise d'un travail sédentaire respectant les limitations fonctionnelles. Dans une activité adaptée, tel qu'un travail de secrétariat, la capacité de travail pourrait être complète. Le Dr F_____ a encore relevé que l'assurée ne

pouvait pas porter le support plantaire en carbone rigide qui lui avait été prescrit avec des chaussures normales car cela lui faisait mal dans le mollet. Ce support était totalement inutile si des chaussures modifiées par une barre de déroulement n'étaient pas utilisées. Un tel moyen auxiliaire était nécessaire. Actuellement, il n'y avait pas de signe de complications telles qu'une algodystrophie ou une infection, mais la surface de l'articulation calcanéo-cuboïdienne était diminuée et une arthrose de cette articulation était en train de se développer. Une aggravation à long terme était possible. La situation ne s'était pas modifiée depuis au moins un an et était donc stabilisée. L'atteinte à l'intégrité était évaluée à 15%. ![/endif]>![if> 21. Par avis des 11 mai et 23 septembre 2010, la doctoresse G_____, médecin auprès du service médical régional de l'OAI (ci-après SMR), a conclu que l'incapacité de travail avait été totale du 3 novembre 2006 au 31 janvier 2009, mais qu'une activité adaptée était exigible depuis au moins février 2009, puisque le Dr F_____ estimait que la situation était stationnaire depuis lors.![endif]>![if> 22. Par décision du 9 novembre 2010, confirmée sur opposition le 6 octobre 2011, l'assureur-accidents a notamment nié à l'assurée le droit à une rente au motif que le revenu qu'elle pourrait réaliser dans une activité adaptée pourrait être pour le moins égal au revenu qu'elle aurait perçu sans l'accident dans l'activité assurée. ![endif]>![if> 23. En date du 26 novembre 2011, la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué à l'OAI que l'assurée lui avait été adressée en février 2009 pour perdre du poids. Elle n'a mentionné aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail et fait état d'une obésité sans effets sur ladite capacité. ![endif]>![if> 24. Parallèlement, la Dresse H_____ a signé des certificats d'incapacité de travail.![endif]>![if> 25. Par rapports des 10 janvier et 10 avril 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a signalé des douleurs persistantes en augmentation, ainsi qu'une légère boiterie à droite. Un nouveau CT-Scan avait mis en évidence une arthrose secondaire légère à moyenne calcanéo-cuboïdienne de moindre importance de la sous-taliennne, ainsi qu'une érosion de la base du quatrième métatarse. ![endif]>![if> 26. Dans un rapport non daté, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a considéré qu'un CT-Scan et une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) de la cheville droite, réalisés respectivement les 28 février et 17 mars 2012, permettaient de conclure à une arthrose calcanéo-cuboïdienne post-traumatique du pied droit. En outre, une IRM du genou droit du 28 février 2012 avait révélé une usure fémoro- patellaire du compartiment interne. Son examen clinique avait mis en évidence une douleur élective à la palpation, notamment de l'articulation calcanéo-cuboïdienne au niveau du pied droit avec une décompensation sous forme de sciatique apparemment par intermittence du membre inférieur droit, ainsi qu'une usure du genou. Le seul traitement envisagé pour le pied était une double arthrodèse du Chopart. ![endif]>![if> 27. Le 15 juin 2012, le docteur K_____, spécialiste en médecine générale, médecin traitant, a mentionné, à titre de diagnostic comportant des effets sur la capacité de travail, une fracture du calcanéum à droite en 2006 et, à titre de diagnostics sans effets sur ladite capacité, une gonarthrose du genou à droite et une rachialgie chronique. L'assurée allait être examinée aux HUG le 14 juillet 2012.![endif]>![if> 28. Dans un rapport du 3 janvier 2013, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que l'assurée avait bénéficié d'une physiothérapie qui n'était pas adaptée car elle consistait en du drainage et du travail de mobilité, alors qu'il convenait de cibler les tendons extenseurs de la cheville. Le bilan radiologique de ce jour montrait une probable consolidation de la

fracture du calcanéum et le reste du status était tout à fait normal. ![/endif]>[/if> 29. En date du 15 août 2013, le Dr K_____ a informé l'OAI que la situation globale de l'assurée était inchangée depuis son précédent rapport. ![/endif]>[/if> 30. Le 6 septembre 2013, il a toutefois indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était dégradé, sous la forme d'une complication au niveau du dos et de la cheville. Il suggérait la réalisation d'une expertise. ![/endif]>[/if> 31. En date du 15 novembre 2013, le Dr K_____ a confirmé une aggravation de l'état de santé depuis août 2013 et précisé que le traitement en cours consistait en de la physiothérapie. L'incapacité de travail était totale depuis 2006. ![/endif]>[/if> 32. Le 19 février 2014, la Dresse G_____ a relevé que le Dr K_____ n'avait pas précisé en quoi consistait l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, n'apportant aucun élément d'anamnèse ou de status radiologique pour étayer ses dires. Partant, il n'existait aucun élément médical objectif en faveur d'une aggravation depuis le dernier rapport du SMR, dont les conclusions demeuraient valables. ![/endif]>[/if> 33. Le 4 avril 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'il envisageait de lui octroyer une rente d'un degré d'invalidité de 100% limitée au 30 avril 2009. ![/endif]>[/if> 34. Par rapport du 15 avril 2014, le Dr K_____ a considéré que l'invalidité de son assurée était entière depuis le 3 novembre 2007. ![/endif]>[/if> 35. Le même jour, le docteur M_____, spécialiste FMH en radiologie, a rendu un rapport suite à CT-Scan de la cheville droit. Il a conclu à un éperon calcanéen, à un volumineux noyau d'ossification au niveau de l'aponévrose plantaire, à une très probable myo-aponévrosite, à une ancienne lésion traumatique consolidée du col calcanéen, à un petit fragment osseux libre au niveau du sinus du tarse et sur le versant dorsal de l'articulation calcanéoscaphoïdienne. ![/endif]>[/if> 36. En date du 29 avril 2014, l'assurée a contesté auprès de l'OAI avoir récupéré une quelconque capacité de travail depuis son accident, relevant ne jamais avoir interrompu les traitements, médicaments et opérations. ![/endif]>[/if> 37. Le 11 août 2014, la Dresse G_____ a rendu un nouvel avis, après examen des derniers rapports reçus par l'OAI. Elle a conclu que la fracture était consolidée et que les descriptions anatomiques seules ne permettaient pas de retenir une aggravation ou une nouvelle atteinte de l'état de santé pouvant justifier une incapacité de travail, même partielle, dans une activité sédentaire, soit une activité n'impliquant pas de déplacements. ![/endif]>[/if> 38. Par décision du 20 janvier 2015, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 3 novembre 2007 au 30 avril 2009. Il a en effet considéré que depuis le 3 novembre 2006, la capacité de travail de l'assurée était considérablement restreinte, mais qu'elle était entière dès février 2009 dans une activité adaptée. Dès cette date, la capacité de gain de l'assurée s'était améliorée et le degré d'invalidité était fixé à 13%. La perte de gain s'élevait à CHF 7'048.- après comparaison des revenus sans invalidité (CHF 54'259.-, compte tenu du dernier salaire réalisé, soit CHF 51'388.80 [CHF 21'412.- pour cinq mois d'activité], actualisés à 2009) et avec invalidité (CHF 47'211.- selon l'ESS, tableau TA1, femme, tous secteurs confondus, niveau 4). Ce changement supprimait le droit aux prestations dès qu'il avait duré trois mois sans interruption notable. Une expertise complémentaire n'était pas nécessaire et des mesures professionnelles ne pouvaient pas être mises en place, la perte de gain étant insuffisante. ![/endif]>[/if> 39. Par acte du 19 février 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique et à l'octroi d'une rente entière non limitée dans le temps. Elle a contesté le taux d'invalidité retenu par l'intimé et invoqué être en totale incapacité de travail depuis son accident du 3 novembre 2006, comme en attestaient les rapports de ses médecins traitants. Elle a souligné avoir dû subir maintes opérations, souffrir d'escarres, de perte musculaire, de prise de

poids, de douleurs permanentes et dépendre de l'aide et des soins prodigués par son mari et sa fille adolescente. Elle a en outre déploré ne pas avoir été examinée par le SMR. À l'appui de son recours, elle a communiqué un rapport des HUG du 26 janvier 2015 relatif à une arthrodèse calcanéocuboïdienne droite et une fasciite plantaire droite réalisées le 22 janvier 2015. L'arrêt de travail pour cause de maladie était de 100% du 22 janvier au 28 février 2015. 40. Dans sa réponse du 18 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, relevant que l'instruction du dossier permettait de statuer en pleine connaissance de cause sur l'état de santé et la capacité de travail de la recourante, sans qu'une nouvelle expertise ne soit utile. L'intimé a joint un nouveau rapport du SMR daté du 12 mars 2015 aux termes duquel la doctoresse N_____ maintenait les précédentes conclusions du SMR. Après avoir relevé que l'opération du 22 janvier 2015 ne justifiait pas une incapacité de travail de longue durée, comme en attestait l'arrêt de travail établi, elle a considéré qu'aucune pièce médicale ne permettait de présupposer une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision du 20 janvier 2015 justifiant une diminution de la capacité de travail dans une activité sédentaire. 41. Par écriture du 16 avril 2015, la recourante a maintenu ses conclusions et notamment que son état de santé s'était aggravé année après année. Elle a produit un rapport du 15 avril 2015 du Dr L_____, lequel a fait état de complications suite à la dernière intervention, l'assurée ayant montré une déhiscence de plaie. Il était beaucoup trop tôt pour se prononcer sur un status définitif, d'éventuelles séquelles ou la persistance de douleurs. Elle a également annexé copie de photographies et de certificats d'incapacité de travail. 42. Le 13 mai 2015, l'intimé a également persisté. L'écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas à remettre en cause la valeur probante du rapport d'expertise orthopédique du 25 février 2010, dont les conclusions demeuraient valables. Aucune aggravation objective de l'état de santé de la recourante ou nouvelle atteinte n'avait été apportée. Concernant les complications suite à l'opération, lesquelles étaient survenues postérieurement à la décision litigieuse, l'intimé a rappelé que l'évolution avait été dans un premier temps favorable, mais des soins prodigués par l'institution genevoise de maintien à domicile deux fois par semaine étaient actuellement nécessaires. L'intimé a joint un nouvel avis de la Dresse N_____ du 11 mai 2015, laquelle s'est prononcée sur le rapport du Dr L_____ du 15 avril 2015 et a relevé qu'on ne pouvait pas présupposer la durabilité de la complication de l'opération ni d'éventuelles séquelles. 43. Copie de ces écritures a été transmise à la recourante le 18 mai 2015. 44. Le 1^{er} mars 2016, elle a informé la chambre de céans qu'elle avait à nouveau été opérée le 4 février 2016 et qu'elle ne pouvait plus faire usage de sa jambe droite. Elle a produit divers certificats médicaux attestant d'une totale incapacité de travail depuis le début de l'année 2015, ainsi qu'un rapport des HUG mentionnant qu'elle ne pouvait pas se déplacer en transports publics pendant les six semaines suivant l'intervention. 45. En date du 4 mars 2016, la chambre de céans a communiqué copie de ces documents à l'intimé. 46. Sur quoi la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{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. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1

LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 20 janvier 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI citées supra. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RSG E 5 10). 5. Le litige porte sur le droit de l'intimé à mettre un terme au versement de la rente d'invalidité avec effet au 30 avril 2009, singulièrement sur l'existence d'une modification sensible de l'état de santé de la recourante et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain dès février 2009. 6. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. 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 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid. 2.2). 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 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17

LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

7. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). 8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 9. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 et les références). 10. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 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. Ainsi, en principe, 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). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le 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 traitants 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).!

11. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!

12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).!

13. En l'occurrence, la décision du 20 janvier 2015 octroie à la recourante une rente entière d'invalidité du 3 novembre 2007 au 30 avril 2009. Il convient donc d'examiner si l'intimé était fondé à supprimer la rente accordée avec effet rétroactif au motif que l'état de santé ou la capacité de gain de la recourante avait subi un changement notable en février 2009. !

L'intimé s'est basé sur les avis du SMR des 11 mai et 23 septembre 2010 qui concluent que l'incapacité de travail a été totale du 3 novembre 2006 au 31 janvier 2009, mais qu'une activité adaptée était exigible dès février 2009. Le SMR s'est lui-même fondé sur les conclusions du Dr F_____ suite à son examen du 25 février 2010, lequel a retenu que la situation était stationnaire depuis au moins une année, soit depuis février 2009, et que la recourante pouvait travailler à temps complet dans un métier adapté, soit une activité n'impliquant pas de marche ou de station debout prolongée, pas de marche en terrain inégal, pas de position accroupie, pas de montées ou descentes répétitives d'escaliers ou d'échelles. 14. a. La chambre de céans constate que si le rapport du 7 avril 2010 du Dr F_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique, l'étude du dossier radiologique complet de la recourante et qu'il tient compte des plaintes de cette dernière, ses conclusions sont insuffisamment motivées et contredites par plusieurs pièces produites.!

b. En ce qui concerne la stabilité de l'état de santé de la recourante, l'appréciation du Dr F_____ est difficilement compréhensible, dès lors qu'il a signalé un début d'arthrose de l'articulation calcanéo-cuboïdienne, alors qu'une telle atteinte n'avait jusqu'alors pas été mentionnée. Il est en effet rappelé que le Dr D_____ a fait état, dans son rapport du 26 mars 2009, d'un début d'arthrose au niveau de l'articulation astragalo-calcanéenne et d'une potentielle arthrose sous-astragaliennne. Il apparaît ainsi

hautement vraisemblable que la recourante a développé de l'arthrose sur l'articulation calcanéo-cuboïdienne entre les examens de mars 2009 et de février 2010, ce qui permet d'exclure toute stabilisation de son état de santé durant cette même période. À cet égard, la chambre de céans relèvera encore que le Dr D _____ avait estimé en mars 2009 que l'état de santé n'était pas stabilisé et que l'évolution n'était pas terminée, ce qui aurait dû inciter le Dr F _____ à motiver les raisons pour lesquelles il s'écartait de cet avis. De surcroît, contrairement à ce qui a été retenu par le SMR dans ses avis des 19 février et 11 août 2014, la chambre de céans considère que les faits de la cause démontrent que l'état de santé de la recourante a continué à s'aggraver depuis le rapport du Dr F _____, puisque l'arthrose calcanéo-cuboïdienne, qui était selon toute vraisemblance inexistante en 2009 et en train de se développer en février 2010, a été qualifiée de légère à moyenne au début de l'année 2012. En outre, une usure fémoro-patellaire du compartiment interne du genou droit a été constatée en février 2012, et un volumineux noyau d'ossification, une probable myo-aponévrosite et un petit fragment osseux libre ont été mis en évidence en avril 2014. On ne saurait considérer, comme l'a fait le SMR, qu'il s'agirait de simples descriptions anatomiques, ce d'autant plus que la recourante a subi une arthrodèse calcanéo-cuboïdienne et une fasciite plantaire le 22 janvier 2015, soit seulement deux jours après le prononcé de la décision litigieuse, et une quatrième intervention en 2016. Partant, il n'est pas contestable que l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis février 2009, de sorte que l'appréciation du Dr F _____ y relative ne saurait être suivie. c. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le Dr F _____ a considéré qu'elle était entière dans une activité adaptée. Il est toutefois rappelé que le Dr D _____ avait conclu, dans son rapport du 7 juillet 2009, que la reprise d'une activité adaptée serait possible dès la bonne adaptation des supports plantaires, à 50% dans un premier temps puis à 100% après deux à trois mois. Or, au jour de l'examen par le Dr F _____, la recourante ne bénéficiait toujours pas de semelles adaptées puisqu'il a été relevé qu'elle ne pouvait pas porter le support en carbone rigide qui lui avait été prescrit avec des chaussures normales et qu'il était totalement inutile sans des chaussures modifiées par une barre de déroulement. Compte tenu de l'avis divergent émis par son confrère, le Dr F _____ aurait dû développer les motifs qui lui permettaient de conclure que la capacité de travail résiduelle de la recourante ne dépendait pas du port de semelles adaptées. Dans ces conditions, son appréciation quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée ne saurait être confirmée. 15. Il en va de même de l'estimation des autres médecins qui se sont prononcés sur la question, en particulier du Dr D _____ qui n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles la reprise d'une activité sédentaire était subordonnée au port de supports plantaires adaptés, du Dr C _____ qui a uniquement mentionné qu'une capacité de travail à temps partiel pourrait être envisagée sans précision aucune quant aux taux d'activité et date de la reprise, de la Dresse H _____ qui a signé des arrêts de travail tout en ne retenant aucun diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, ou encore du Dr K _____ qui a considéré que l'invalidité de sa patiente était totale, mais n'a livré aucune argumentation justifiant une impossibilité de travailler dans un poste sédentaire. 16. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer en l'état actuel du dossier, dès lors qu'il ne contient pas les éléments suffisants et probants permettant de se déterminer sur les répercussions des atteintes à la santé de la recourante sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à compter de février 2009, et partant sur son degré d'invalidité. La cause sera donc renvoyée à l'intimé afin qu'il ordonne une instruction sous la forme d'une expertise médicale indépendante auprès d'un spécialiste en orthopédie. Un tel renvoi se justifie à plus

forte raison que l'intimé n'a sollicité aucun examen orthopédique et s'est limité à requérir des rapports de synthèse de la part du SMR, et qu'il a fondé sa décision de 2015 sur un rapport rendu en 2010, alors que de nombreuses pièces produites faisaient état de nouvelles atteintes à la santé de la recourante. Cette absence d'instruction est d'autant plus choquante que le Dr D_____ avait signalé en 2009 que la recourante avait été « ballotée » et que les suites de son accident avaient été traitées de manière « inhabituelle ». La prise en charge de la recourante ne semble d'ailleurs pas s'être optimisée par la suite puisqu'elle a été adressée à une rhumatologue qui a rendu des conclusions en méconnaissance de l'ensemble des interventions pratiquées, qu'elle n'a pas bénéficié de supports plantaires adaptés et que les séances de physiothérapie prescrites étaient mal ciblées. 17. Ainsi, le recours sera partiellement admis et la décision querellée annulée en tant qu'elle nie le droit de la recourante à des prestations au-delà du 30 avril 2009. Elle sera confirmée pour le surplus et le dossier renvoyé à l'autorité administrative afin qu'elle procède conformément aux considérants. [endif]>[if> La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (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 CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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