

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2166/2015

ATAS/261/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 31 mars 2016**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à PERLY, comparant avec élection  
de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1957, de nationalité portugaise, a été dans l'incapacité totale de travailler à compter du 13 avril 2005, date jusqu'à laquelle elle a exercé la profession d'éplucheuse dans une entreprise de conditionnement de fruits et légumes.
2. L'assureur perte de gain a mis en œuvre une expertise auprès du docteur B\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. Celui-ci, dans un rapport du 6 septembre 2005, a diagnostiqué une oligo-arthrite dans le cadre d'une spondylarthrite et une obésité de classe II. L'expert a relevé que si l'assurée souffrait depuis plusieurs années de lombalgies chroniques, celles-ci n'avaient conduit qu'à des arrêts de travail très intermittents ; c'était en raison de douleurs inflammatoires du poignet et de la main droits qu'elle avait été mise en arrêt de travail complet à compter du 13 avril 2005.

A l'examen, le Dr B\_\_\_\_\_ a constaté, au poignet et à la main droits, les signes d'une synovite aiguë, au niveau du rachis lombaire, une certaine restriction fonctionnelle dans l'antéflexion et, au niveau de la cheville gauche, une arthrite de l'articulation antérieure tibio-astragaliennne ainsi que de la malléole externe gauche.

Au vu de l'atteinte oligo-articulaire d'allure inflammatoire, le médecin a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité. Il a précisé n'avoir décelé, au cours de l'interrogatoire de l'assurée ou dans le comportement de cette dernière, aucun élément permettant de suspecter une éventuelle comorbidité psychiatrique.

3. Le 28 mars 2006, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI).
4. Dans un rapport du 11 avril 2006, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a confirmé les diagnostics de polyarthrose avec sacro-iliite bilatérale de stade II et d'obésité. Il y a ajouté celui de syndrome du tunnel carpien droit avec ténosynovite de De Quervain.

La patiente, initialement suivie pour des douleurs inflammatoires au niveau du poignet droit ayant entraîné une incapacité de travail entière dès le 13 avril 2005, avait ensuite développé des lombalgies chroniques et une tuméfaction douloureuse de la cheville gauche. Les examens avaient permis d'exclure le diagnostic de polyarthrite. Au final, on se retrouvait avec une polyarthrose invalidante et un problème chronique de type ténosynovite de la main droite, empêchant toute reprise de travail.

5. Dans un rapport du 13 avril 2006, la doctoresse D\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, a diagnostiqué une arthrose de la main droite, une ténosynovite du membre supérieur droit et une discarthrose lombaire. Elle a conclu à une totale incapacité de travail dès le mois d'avril 2005, tout en émettant l'avis que l'exercice à 50% d'une activité

---

adaptée (c'est-à-dire ne surchargeant pas les bras, limitant les positions statiques à 4 h./j. et permettant d'éviter les agenouillements, les inclinaisons du buste, les travaux en hauteur, les déplacements sur sol irrégulier ou en pente ainsi que le port de charges) était exigible.

6. Le 21 septembre 2006, le E\_\_\_\_\_, généraliste FMH et médecin-conseil auprès de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), a émis l'avis que l'assurée était définitivement incapable de travailler à plus de 50%. Si elle ne pouvait en tout cas plus exercer son ancienne activité, elle restait capable de travailler à mi-temps dans un domaine permettant d'épargner son membre supérieur droit et son dos (manutention légère, par exemple).

Le Dr E\_\_\_\_\_ suggérait la mise sur pied d'une observation auprès de l'Atelier de réadaptation des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) pour approfondir l'évaluation médicale.

7. L'assurée a donc suivi un stage d'observation professionnelle auprès dudit atelier du 6 novembre au 4 décembre 2006 (cf. rapport du 16 mars 2007).

A l'issue du stage, débuté à un taux de six heures par jour, puis de trois, suite à une péjoration des douleurs, Les maîtres de stage ont conclu que l'intéressée n'était pas en mesure de travailler à plein temps dans le marché primaire mais pourrait exercer à mi-temps une activité adaptée.

8. Le 4 décembre 2007, l'assurée a été examinée par le docteur F\_\_\_\_\_, rhumatologue, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR ; cf. rapport du 12 février 2008).

Ce médecin a diagnostiqué des lombosciatalgies gauches non irritatives dans un contexte de discarthrose L5-S1, une arthrose bilatérale des articulations sacro-iliaques avancées et une ténosynovite de De Quervain à droite, au décours. Il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussions sur la capacité de travail, une arthrose débutante bilatérale des métacarpo-phalangiennes, une obésité de classe II et une composante douloureuse de type fibromyalgique (9/18 points de Smythe positifs et discordance importante entre les allégations de l'assurée et les constatations radio-cliniques objectivables).

Le Dr F\_\_\_\_\_ a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle depuis avril 2005 et, depuis janvier 2006, à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée (ni port de charges de plus de 10 kg, ni mouvements de flexion-extension répétés, ni porte-à-faux, ni position statique debout au-delà de 30 minutes, ni station assise au-delà d'une heure, ni mouvements répétitifs, ni travaux de force avec le poignet droit).

Le médecin a précisé que l'assurée rencontrait des difficultés en raison de son déconditionnement physique et de son obésité, lesquels ne pouvaient être considérés comme incapacitants au sens de l'assurance-invalidité, pas plus que le syndrome douloureux chronique ; quant à l'arthrose débutante au niveau des mains,

---

elle ne justifiait pas selon lui d'incapacité de travail totale, d'autant qu'elle était asymptomatique à gauche.

9. Par décision du 30 mai 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, qu'il a considérée comme apte à exercer à plein temps une activité adaptée et à réaliser ainsi un revenu qui, après réduction supplémentaire de 10% et comparaison avec le revenu sans invalidité, ne conduisait qu'à un degré d'invalidité de 8%.
10. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - a statué en date du 23 juillet 2009 (ATAS/952/2009) : il a partiellement admis le recours, annulé la décision du 30 mai 2008 et renvoyé le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire.

L'instruction a notamment permis de recueillir les témoignages suivants :

- Le Dr C\_\_\_\_\_ a confirmé que le diagnostic de spondylarthrite ankylosante évoqué par le Dr B\_\_\_\_\_ avait été infirmé par le Professeur G\_\_\_\_\_, rhumatologue, qui lui avait préféré celui d'arthrose lombaire très importante. Relevant que l'OAI avait admis l'existence de troubles dégénératifs sévères, le médecin traitant s'est étonné qu'il ait néanmoins conclu à une capacité résiduelle de travail. Il a rappelé que sa patiente devait éviter les gestes répétitifs des membres supérieurs et les positions statiques ; elle était par ailleurs limitée dans ses capacités d'apprentissage par son absence de formation et des difficultés linguistiques. Selon le médecin traitant, seule une activité d'une à deux heures par jour pouvait être envisagée, par exemple dans le nettoyage léger.
- Monsieur H\_\_\_\_\_, maître socio-professionnel aux HUG, a souligné que l'assurée souffrait d'une multitude d'atteintes (arthrose, lombalgies, tendinite, etc.) ; cette accumulation avait fini par user son organisme. La patiente ne remplissait aucun des critères de cadence ou de rendement exigés par l'économie de marché, même lorsque la possibilité d'alterner les positions lui avait été donnée. Selon ce témoin, la capacité n'était plus que de 50% en atelier protégé.
- La doctoresse I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, qui a suivi la patiente à compter de septembre 2008, a retenu le diagnostic d'état dépressif sévère et sa capacité de travail à 25% sur le plan strictement psychique.
- Le Dr E\_\_\_\_\_, qui n'a examiné l'assurée qu'à une seule occasion, le 21 septembre 2006, en sa qualité de médecin-conseil de l'OCE, a pour sa part expliqué avoir conclu à une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée (c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges et pouvant s'exercer en position assise).

Le Tribunal a constaté que le Dr F\_\_\_\_\_ avait omis de mentionner certains éléments rhumatologiques pourtant susceptibles d'expliquer au moins en partie les

plaintes de l'assurée. Il avait par ailleurs jugé que le syndrome douloureux chronique n'était pas incapacitant sans motiver son point de vue ni requérir l'avis d'un psychiatre et ce, alors même qu'un spécialiste avait conclu à un état dépressif sévère.

Quant aux autres rapports médicaux, le Tribunal leur a également nié toute valeur probante : celui du Dr B\_\_\_\_\_ du 6 septembre 2005 reposait sur une prémisse erronée puisqu'il avait suspecté une spondylarthrite, infirmée par la suite ; celui de la Dresse D\_\_\_\_\_, tout comme celui du Dr E\_\_\_\_\_, n'indiquait pas pour quelles raisons la capacité résiduelle de travail retenue n'était que de 50% dans une activité ne surchargeant pas le bras ; ceux émis par le Dr C\_\_\_\_\_ étaient contradictoires (celui du 17 mars 2006 concluait à une aptitude de 100% dans une profession plus légère, celui du 15 septembre 2006 n'évaluait pas la capacité de travail résiduelle, celui du 23 mai 2007 concluait à une capacité de 50% sans aucune motivation sur le plan médical, celui du 27 décembre 2007 se référait à l'appréciation d'un conseiller en personnel de l'OCE non médecin pour admettre une inaptitude totale, enfin, lors de son audition, le médecin avait estimé que les troubles dégénératifs sévères ne permettaient pas de conclure à la moindre capacité résiduelle de travail, tout en admettant qu'on pourrait envisager une capacité d'une à deux heures par jour).

Par ailleurs, l'OAI n'avait procédé à aucun acte d'instruction s'agissant des troubles du rachis lombaire et des troubles psychiques.

11. L'OAI en application de l'arrêt du Tribunal, a adressé l'assurée pour expertise à la Polyclinique médicale universitaire de Lausanne (PMU).

Les experts ont rendu leur rapport en date du 21 avril 2010 sous la forme d'un consilium de rhumatologie, d'un consilium de psychiatrie et d'un consilium de neurologie, après en avoir discuté leurs conclusions dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire.

Après une anamnèse détaillée, la relation des plaintes de l'intéressée et la description de ses constatations objectives, le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a conclu à une spondylarthrose L5-S1 sévère avec une quasi-disparition de l'espace intervertébral, à une protrusion discale avec possible conflit radiculaire en S1 et à une discopathie en L4-L5, dont il a précisé qu'elle expliquait une partie de la symptomatologie douloureuse. Il a en revanche écarté le diagnostic de polyarthrose des mains, malgré un discret pincement de la métacarpo-phalangienne de l'index droit.

La capacité de travail était essentiellement limitée par la discopathie, qui entraînait les limitations fonctionnelles suivantes : éviter les flexions antérieures du tronc répétitives, le port de charges de plus de 5 kg, les mouvements de rotation répétitifs du tronc, l'exposition à des vibrations corporelles, les travaux avec rendement imposé (à la chaîne) et les positions statiques prolongées.

L'expert rhumatologue a conclu à une capacité médico-théorique de 70% dans une activité adaptée.

Quant à lui, le docteur K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a conclu à un examen neurologique sans anomalie significative, hormis une limitation modérée sensible localement à la mobilité du rachis cervical et lombaire et la présence de troubles sensitifs sans substrat somatique. L'expert a en particulier relevé l'absence d'éléments cliniques objectifs plaçant pour un syndrome du tunnel carpien. Il n'a observé qu'une discrète atteinte bilatérale du nerf médian au niveau du canal carpien, purement sensitive et sans menace fonctionnelle. Le bilan du membre supérieur droit s'est révélé sans anomalie significative, de même que celui du membre inférieur gauche.

Sur le plan strictement neurologique, en l'absence d'une atteinte significative du système nerveux central et périphérique, l'expert n'a pas retenu d'incapacité de travail significative dans l'activité habituelle ou toute autre potentiellement exigible.

Quant à la doctoresse L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, elle a retenu un épisode dépressif moyen, certes réactionnel à une maladie chronique, mais dépassant en sévérité un trouble de l'adaptation. Elle a exclu le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux au motif que les douleurs, bien qu'à l'origine de la dépression, ne prenaient pas toute la place dans le discours et ne témoignaient pas d'un conflit émotionnel ou de problèmes psychosociaux importants.

En définitive, ont été retenus à titre de diagnostics invalidants : des lombosciatalgies gauches chroniques sans radiculopathie avec discopathie en L5-S1, un status post-ténosynovite de De Quervain à droite et un état dépressif moyen.

Les experts ont conclu à une capacité de travail globale de 50% dans une activité légère.

Ils ont rappelé que, sur le plan rhumatologique, l'atteinte à la santé avait débuté en 2000, sous forme de lombosciatalgies dont l'intensité était allée en augmentant au cours des années. En 2004 étaient apparues des douleurs dans le poignet et la main droits qui avaient motivé la cessation de l'activité professionnelle. En 2005, le rhumatologue avait évoqué une oligo-arthrite dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante ultérieurement infirmée. Depuis septembre 2008, l'assurée avait été suivie sur le plan psychiatrique pour un état dépressif sévère, selon son médecin psychiatre.

12. De ce rapport, le SMR a tiré la conclusion que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif réactionnel à son syndrome douloureux chronique. Selon lui, même s'il n'y avait pas trouble somatoforme douloureux à proprement parler, il y avait trouble douloureux chronique, de sorte que devaient s'appliquer les critères jurisprudentiels pour en évaluer le caractère invalidant.

Le SMR, jugeant qu'il n'y avait ni comorbidité psychiatrique, ni maladie chronique sans rémission durable puisque les lombosciatalgies n'étaient pas déficitaires, ni perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie, a considéré que la

---

situation n'avait pas évolué depuis l'examen clinique du Dr F\_\_\_\_\_ effectué en décembre 2007 et qu'il n'y avait pas lieu de modifier ses conclusions.

13. Le 24 septembre 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande.
14. L'assurée s'y est opposée le 30 septembre 2010.
15. Par ailleurs, le 5 mai 2011, elle a fait part d'une aggravation de son état de santé survenue en mars 2011 sous la forme d'une discopathie dégénérative et d'une arthrose des articulations postérieures sévère, entraînant un canal lombaire étroit acquis sévère au niveau L4-L5.
16. L'OAI a dès lors mis en place un complément d'expertise rhumatologique auprès du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
17. Le 30 novembre 2011, l'assurée a été opérée.
18. Le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 18 avril 2012, après deux examens cliniques.

L'expert, après avoir relevé une mauvaise compliance renforçant son impression d'accentuation des symptômes, a conclu à des lombosciatalgies droites et gauches chroniques avec discopathie dans un contexte de discarthrose L5-S1 sévère et à une arthrose bilatérale des articulations postérieures, à un canal lombaire étroit radiologique acquis avec suspicion de répercussion clinique depuis 2005 et à une arthrose des mains.

Il a indiqué que la pathologie lombaire était invalidante, tant sur le plan radiologique que radioclinique, ajoutant qu'il était peu vraisemblable que la symptomatologie décrite soit sans substrat organique.

La péjoration ne pouvait cependant justifier une incapacité totale dans une activité adaptée - c'est-à-dire permettant d'éviter la marche, les montées et descentes d'escaliers, les positions statiques, les positions penchées ou asymétriques et les travaux répétitifs des mains ou les travaux de précision -, dans laquelle un taux de 50% était exigible.

19. Par pli du 2 octobre 2012, l'OAI a demandé au Dr C\_\_\_\_\_ si l'état de sa patiente s'était aggravé depuis l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ du 26 avril 2012.
20. Le Dr C\_\_\_\_\_ a répondu que le canal étroit s'était aggravé (passant de 7 mm à 5,2) et qu'une opération était envisagée.
21. Le SMR, en date du 22 octobre 2012, en a tiré la conclusion que l'état de l'intéressée n'était toujours pas stabilisé.
22. La division de réadaptation professionnelle a alors rendu en date du 29 novembre 2012 un rapport, aux termes duquel il a été décidé de clore le mandat de réadaptation.

23. Le dossier de l'assurée a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui s'est déterminé le 21 mars 2013.

Le SMR a constaté qu'un consilium neurochirurgical par le docteur O\_\_\_\_\_ avait confirmé, en mai 2012, la présence d'un canal étroit en L4-L5, corrélé à une clinique de claudication neurogène. Lors d'une nouvelle consultation en neurochirurgie le 7 novembre 2011, le docteur P\_\_\_\_\_ avait constaté une nette progression du canal lombaire et préconisé une intervention chirurgicale.

Le SMR en a tiré la conclusion que l'état de l'assurée n'était toujours pas stabilisé.

24. L'assurée a finalement été opérée le 19 octobre 2013. L'intervention chirurgicale s'est passée sans complications et la patiente, au cours des jours suivants, a rapporté une nette amélioration de sa symptomatologie dans les membres inférieurs et des douleurs lombaires secondaires bien contrôlées par le traitement antalgique. Elle s'est remobilisée progressivement et a retrouvé rapidement son autonomie pour les activités de la vie quotidienne. L'examen clinique s'est révélé sans particularité (cf. rapport du 31 octobre 2013 des HUG).

25. Dans un rapport du 7 novembre 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a conclu à un état de santé stationnaire depuis le 18 octobre 2013. Il a estimé qu'il était trop tôt pour se prononcer.

26. Le 22 mai 2014, le SMR a relevé que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ avait montré la plausibilité d'une aggravation de l'atteinte rachidienne à partir de mars 2011 sur la base des rapports du Dr C\_\_\_\_\_. L'expert avait en particulier retenu un canal lombaire étroit cliniquement symptomatique probablement depuis 2005.

Un contrôle post-intervention pratiqué en février 2014 par le Dr P\_\_\_\_\_ avait montré que l'évolution n'était guère favorable (persistance de la symptomatologie douloureuse préopératoire, augmentation de lombosciatalgies L5 gauches et douleurs nocturnes à composante neuropathique). Seul le périmètre de marche s'était un peu amélioré. Le neurochirurgien estimait qu'un recul de trois mois était insuffisant et que la récupération pouvait prendre encore plusieurs mois.

Une fois encore, le SMR a admis que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé.

27. Le 11 août 2014, le SMR a émis l'avis que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ devait être considérée comme convaincante et qu'il fallait dès lors reconnaître l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée datant du mois de mai 2012 au moins, date à partir de laquelle il y avait lieu de lui reconnaître une totale incapacité de travail en lien avec l'exacerbation des symptômes liés à son canal lombaire étroit sévère.

Après entretien téléphonique avec le Dr C\_\_\_\_\_, il était constaté que l'évolution suite à l'opération avait été lentement favorable. Le Dr C\_\_\_\_\_ considérait que depuis avril 2014, date de son rapport intermédiaire, l'assurée avait recouvré une capacité de 50% dans une activité adaptée (dans un poste sédentaire, permettant

---

l'alternance des positions, n'impliquant ni port de charges, ni positions en porte-à-faux du rachis, ni gestes de précision).

28. La division de réadaptation professionnelle s'est alors livrée à une première évaluation du degré d'invalidité de l'assurée, en retenant une capacité de 50% depuis janvier 2006, de 0% à compter de mai 2012, puis de 50% depuis avril 2014, et a abouti à un degré d'invalidité de 61,7% pour les périodes de capacité partielle.

Pour arriver à ce résultat, l'OAI a comparé le revenu que l'assurée aurait réalisé en 2006 sans invalidité, à savoir CHF 49'200.- (l'employeur ayant mentionné un salaire de CHF 4'100.- x 12 pour 2006), à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année en exerçant à mi-temps une activité adaptée, compte tenu d'une réduction de 25% pour tenir compte de son âge, de son taux d'occupation réduit et des limitations fonctionnelles touchant ses membres inférieurs, soit CHF 18'854.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2006, TA1, niveau 4 = CHF 4'019.- pour 40 h./sem. = CHF 4'190.- pour 41,7 h./sem. = CHF 50'278.- en 2006 = CHF 25'139.- en 2006 à 50% = CHF 18'854.- après réduction de 25%).

Compte tenu de la majoration des plaintes, il a été renoncé à des mesures professionnelles.

29. Le 27 octobre 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il envisageait de lui octroyer un trois-quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> avril 2006 (62%), une rente entière depuis le 1<sup>er</sup> août 2012 (100%) et un trois-quarts de rente depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014 (62%).
30. Par pli du 27 novembre 2014, l'assurée a demandé des explications sur les raisons pour lesquelles l'OAI opérait une distinction entre trois périodes différentes.
31. Le 11 décembre 2014, le SMR s'est déterminé comme suit à ce propos :

Le SMR a dit retenir une incapacité totale à exercer l'activité habituelle depuis le 12 avril 2005.

Il a reconnu par ailleurs une aggravation de l'état de santé de mai 2012 à avril 2014, date à laquelle le médecin traitant a évoqué une amélioration manifeste de l'état de santé de sa patiente, après l'opération lourde pratiquée le 18 octobre 2013, avec reprise d'une activité adaptée possible à 50%.

Pour la période du 12 avril 2005 au 30 avril 2012, le SMR a constaté que le Dr M\_\_\_\_\_ avait conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée dès mars 2011, sans se prononcer sur les périodes antérieures. Dès lors, pour la période entre avril 2005 et mars 2011, le SMR s'est basé sur l'examen du Dr F\_\_\_\_\_ du 4 décembre 2007 - qui retenait une capacité de travail entière dès janvier 2006 - et sur le rapport de la PMU du 21 avril 2010, qui concluait à une capacité de travail de 70% dans une activité adaptée.

En conséquence de quoi, le SMR a récapitulé les périodes de capacités de travail comme suit :

- 0% du 12 avril 2005 au 31 décembre 2005
- 100% du 1er janvier 2006 au 5 mai 2008 (date de l'IRM lombaire)
- 70% du 6 mai 2008 au 19 mars 2012 (le Dr M\_\_\_\_\_ ne se prononçant pas sur la capacité de travail antérieure à son expertise dans une activité adaptée, le SMR a considéré qu'il n'y avait pas de raison de s'écarter des conclusions précédentes)
- 50% du 20 mars 2012 au 30 avril 2012
- 0% du 1er mai 2012 au 30 avril 2014
- 50% dès le 1er avril 2014.

Le SMR a encore ajouté que, sur le plan psychiatrique, le trouble douloureux ne pouvait être considéré comme incapacitant ; d'autant que le Dr C\_\_\_\_\_ avait confirmé en date du 11 août 2014 qu'une activité adaptée pouvait être envisagée à 50% depuis mai 2014.

32. Suite à cet avis, la division de réadaptation professionnelle s'est livrée à de nouveaux calculs sur cette base.
33. Par décision formelle du 26 mai 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité de mai 2008 à février 2012, à un trois-quarts de rente de mars à avril 2012, à une rente entière de mai 2012 à juin 2014 et à un trois-quarts de rente à compter de juillet 2014.

L'OAI a commencé par expliquer les calculs ayant présidé à son projet de décision, dans lequel il avait considéré que, si la capacité de l'assurée à exercer son activité habituelle était nulle depuis 2005, sa capacité à assumer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles avait été de 50% de janvier 2006 à avril 2012, de 0% de mai 2012 à mars 2014 puis, à nouveau, de 50% dès avril 2014. Se référant aux premiers calculs de sa division de réadaptation, l'OAI a expliqué avoir dans un premier temps abouti à un degré d'invalidité de 62% pour la période de janvier 2006 à avril 2012 et depuis avril 2014.

Puis l'OAI, se rangeant aux périodes d'incapacité admises par le SMR en décembre 2014, est revenu sur son premier calcul de prestations de la manière suivante :

A la fin du délai d'attente d'une année, le 12 avril 2006, la capacité à exercer une activité adaptée était de 100% et le degré d'invalidité de 23%, après comparaison entre le revenu sans invalidité (CHF 49'200.-) et celui avec invalidité, auquel une réduction de 25% a été appliquée (ESS 2006, TA1, niveau 4 = CHF 50'278.- = CHF 37'708.- après réduction).

A compter du 6 mai 2008, la capacité à exercer une activité adaptée a été de 70%, ce qui a conduit à un degré d'invalidité de 47%, après comparaison du revenu sans invalidité (CHF 50'869.- en 2008) avec celui exigible la même année malgré l'atteinte à la santé (ESS 2008, TA1, niveau 4 = CHF 51'368.- = CHF 35'957.- à 70% = CHF 26'968.- après réduction de 25%). La rente a été augmentée

---

immédiatement après l'aggravation, ce qui a ouvert droit à un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> mai 2008.

Depuis le 20 mars 2012, la capacité à exercer une activité adaptée a été de 50% et le degré d'invalidité fixé à 64%, après comparaison du revenu sans invalidité en 2012 (CHF 53'536.-) avec celui exigible la même année, soit CHF 19'290.- (ESS, TA1, niveau 4 = CHF 51'368.- = CHF 25'684.- à 50% = CHF 19'290.- après réduction de 25%). Là encore, la rente a été augmentée immédiatement et l'assurée s'est vu ouvrir le droit à un trois-quarts de rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2012.

A compter du 1<sup>er</sup> mai 2012, la capacité de travail de l'assurée a été totalement nulle, dans toute activité, si bien que sa perte de gain s'est confondue avec sa capacité de travail et qu'elle s'est vu reconnaître le droit à une rente entière.

Depuis le 1<sup>er</sup> avril 2014, elle a recouvré une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, si bien que le revenu avant invalidité (CHF 53'902.- en 2013) a été comparé à celui avec invalidité (CHF 19'422.-), ce qui a conduit à un degré d'invalidité de 64%. Après une période de trois mois, le droit à un trois-quarts de rente a été ouvert à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014.

En conséquence et en définitive, l'OAI a donc reconnu à l'assurée le droit aux rentes suivantes :

- un quart de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 47% dès le 1<sup>er</sup> mai 2008,
- un trois-quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité 64% dès le 1<sup>er</sup> mars 2012,
- une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> mai 2012,
- trois-quarts de rente sur la base d'un degré d'invalidité de 64 % depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2014.

34. Le 24 juin 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant préalablement la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique) et, quant au fond, l'annulation de la décision « en tant qu'elle n'a alloué (...) une rente d'invalidité que depuis le mois de mai 2008 et de manière incompréhensible sur la base de taux d'invalidité différents pour des périodes différentes ». La recourante conclut à l'octroi d'une rente entière dès le 12 avril 2006.

Elle s'étonne que la division de réadaptation professionnelle soit revenue sur ses premiers calculs et relève que l'OAI avait adressé un premier prononcé à la caisse de compensation chargée du calcul des prestations, sur lequel il est revenu par la suite.

Elle reproche à la décision attaquée d'occulter totalement la période du 12 avril 2005 au 30 avril 2008.

Elle soutient que, selon sa propre évaluation, et compte tenu du délai d'attente d'une année, l'OAI aurait dû lui reconnaître le droit à un trois-quarts de rente d'avril 2006 à juillet 2012, puis à une rente entière d'août 2012 à juin 2014, puis à un trois-quarts de rente dès juillet 2014.

La recourante fait valoir les degrés d'invalidité finalement retenus par l'intimé ne sont corroborés par aucun rapport médical.

Elle ajoute avoir été opérée du canal lombaire durant l'automne 2013, ce dont il n'est fait état nulle part.

En conclusion, elle demande à ce qu'une nouvelle expertise soit mise sur pied, qui tienne compte de cette intervention chirurgicale et se prononce sur les différentes périodes d'incapacité de travail.

35. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 juillet 2015, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient qu'il n'y a pas lieu de mettre une nouvelle expertise sur pied. Il ajoute que les renseignements médicaux déjà recueillis concluent tous, hormis pour certaines périodes déterminées, à une capacité de 50% dans une activité adaptée (rapport de la PMU d'avril 2010, rapport du Dr M\_\_\_\_\_ d'avril 2012 et évaluation du Dr C\_\_\_\_\_ d'août 2014). Il rappelle que la demande de prestations remonte à 2006 déjà.

Quant aux périodes et degrés d'invalidité retenus, il se réfère aux explications fournies par le SMR en décembre 2014.

Pour le surplus, l'OAI admet que l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ a été réalisée antérieurement à l'opération de 2013. Il soutient toutefois qu'un tel acte a habituellement pour but et pour effet une amélioration de l'état de santé à moyen terme, laquelle a été confirmée par le médecin traitant.

36. Par écriture du 3 septembre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Elle maintient que les différents rapports médicaux versés au dossier contiennent des contradictions quant aux périodes d'incapacité de travail.

Elle allègue que l'aggravation de son état de santé qui a conduit à une opération de son canal lombaire n'a pas été prise en compte.

Enfin, elle fait remarquer que, dans un premier temps, l'OAI lui-même a évalué son degré d'invalidité à 62% dès avril 2006.

### **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 1er 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. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Est litigieuse en l'espèce la question du degré d'invalidité à reconnaître à la recourante et celle de son évolution dans le temps.
5. Préalablement à toute discussion, il convient de relever que, par erreur, la première page de la décision litigieuse mentionne un quart de rente, dans le tableau récapitulatif des prestations, pour la période de mai 2012 à octobre 2014, alors que les montants octroyés correspondent manifestement à une rente entière de mai 2012 à juin 2014 et à un trois-quarts de rente de juillet à octobre 2014, soit aux taux retenus dans le dispositif de la décision litigieuse et d'ailleurs correctement récapitulés en bas de la première page de la décision.
6. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

---

Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

7. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid.1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un 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 arrêts cités).

Dès lors, 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).

8. 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 (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir.

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).

9. 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).

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).

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En premier lieu, il convient d'examiner les rapports médicaux versés au dossier et leur valeur probante afin de déterminer s'il se justifie de mettre sur pied une nouvelle expertise pluridisciplinaire ainsi que le requiert la recourante.

S'agissant de la période du 12 avril au 31 décembre 2005, il n'est pas contesté que l'assurée a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité.

S'agissant de la période de janvier 2006 à mai 2008, c'est à tort que l'intimé retient une totale capacité de travail en se basant sur l'expertise du Dr F\_\_\_\_\_, puisque celle-ci a été expressément écartée par le Tribunal cantonal dans son jugement du 23 juillet 2009. Le Tribunal a nié toute valeur probante à ce rapport, pour les raisons rappelées dans la partie « en fait » du présent arrêt et sur lesquelles la Cour de céans n'entend pas revenir ici. Aucun élément au dossier n'indiquant que l'état de l'assurée se serait amélioré début 2006, il y a lieu de conclure que l'incapacité totale de travail a perduré au-delà de décembre 2005, à tout le moins jusqu'au 13 avril 2006, date à laquelle la Dresse D\_\_\_\_\_ a admis une capacité de 50% dans une activité adaptée.

Suite au jugement du Tribunal, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique) a été demandée à la PMU, laquelle a rendu son rapport le 21 avril 2010.

On constate que les rapports d'examen des experts se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de l'intéressée, qu'ils tiennent compte des plaintes émises par celle-ci, qu'ils ont été établis en pleine connaissance du dossier et que leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de reconnaître au rapport de la PMU pleine valeur probante ce, d'autant plus que les diagnostics retenus par les experts somaticiens sont corroborés par les autres rapports versés au dossier. Quant aux conclusions de l'expert psychiatre, qui retient un épisode dépressif moyen, elles ne sont remises en question par aucun document postérieur versé à la procédure.

Dans ces conditions, il convient de retenir à titre de diagnostics une spondylarthrose L5-S1 sévère, une protrusion discale, une discopathie en L4-L5 et un état dépressif moyen, dont les experts ont précisé qu'ils réduisaient globalement la capacité de travail de 50%. A cet égard, l'avis unilatéral et péremptoire du SMR, consistant à s'écarter des conclusions des experts pour retenir une capacité de 70% au motif que le trouble douloureux chronique ne devrait pas se voir reconnaître de caractère invalidant ne saurait être suivi. En effet, l'expert psychiatre a expressément exclu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Quant à celui de trouble douloureux chronique suggéré par le SMR, il n'a été retenu par aucun des experts de la PMU. Au contraire, comme déjà dit, ceux-ci ont pu objectiver des atteintes somatiques sous la forme d'une spondylarthrose qualifiée de sévère, avec une quasi-disparition de l'espace intervertébral, d'une protrusion discale avec possible conflit radiculaire et d'une discopathie lombaire.

Il y a donc lieu de retenir qu'au printemps 2010, date de l'expertise, la capacité de travail de l'assurée n'était que de 50%, ce qui rejoint les conclusions de la Dresse D\_\_\_\_\_, qui ne les avait pas étayées en détail.

On peut certes déplorer un certain flou pour la période d'avril 2006 à avril 2010, date à laquelle les experts se sont prononcés. Cependant, ainsi que cela a été relevé, les conclusions en termes de capacité de travail de la Dresse D\_\_\_\_\_ rejoignent finalement l'appréciation des experts de la PMU et, dans l'intervalle, aucun autre document médical probant ne permet de conclure à une amélioration ou à une péjoration de l'état de la recurante. Ainsi que l'avait déjà relevé le Tribunal cantonal, les divers rapports du Dr C\_\_\_\_\_ sont contradictoires dans la mesure où ce médecin, après avoir conclu à une aptitude à 100% dans une profession plus légère (17 mars 2006), s'est ensuite rallié à la capacité résiduelle de travail de 50 % fixée par le maître socio-professionnel sans apporter aucune motivation sur le plan médical (23 mai 2007), avant de se référer à l'appréciation d'un conseiller en personnel de l'OCE non médecin pour admettre une inaptitude totale (27 décembre 2007), puis d'alléguer en audience le 11 décembre 2008, que les troubles dégénératifs de sa patiente ne permettaient aucune capacité résiduelle de travail, tout en admettant qu'une capacité résiduelle à raison d'une à deux heures par jour pourrait être envisagée. Eu égard à l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, il paraît vraisemblable que la capacité résiduelle de 50% évoquée par la Dresse D\_\_\_\_\_ est demeurée inchangée jusqu'à la date de l'expertise de la PMU, qui l'a confirmée. Dans ces conditions et étant rappelé que la demande de prestations remonte à 2006 déjà et que l'état de la recurante est désormais différent, la Cour de céans renonce à mettre sur pied une nouvelle expertise pour confirmer, a posteriori, le degré de capacité de travail de la recurante entre avril 2006 et avril 2010.

En mars 2012, suite à une aggravation signalée en mars 2011 par son médecin-traitant, sous la forme d'un canal lombaire étroit sévère, l'assurée a été expertisée par le Dr M\_\_\_\_\_, qui a estimé que s'il y avait certes eu péjoration, celle-ci ne justifiait pas une incapacité de plus de 50% dans une activité adaptée. Aucun élément médical ne permettant de jeter le doute sur les conclusions, au demeurant fort bien motivées de l'expert, il y a lieu de se rallier à son avis et d'admettre que la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée a perduré.

Cependant, l'examen du Dr M\_\_\_\_\_, le Dr C\_\_\_\_\_ a fait état d'une nouvelle aggravation (diminution du canal lombaire de 7 à 5,2 mm), laquelle devait finalement conduire à une opération lourde en octobre 2013. L'intimé reconnaît ladite aggravation (au demeurant également attestée par les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_) et admet qu'elle a entraîné une totale incapacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> mai 2012, ce qui n'est pas contesté.

Pour ce qui est de la suite, l'intimé considère que l'état de la recurante s'est vraisemblablement amélioré suite à l'intervention, ce qu'a confirmé son médecin traitant par téléphone, et ce, depuis avril 2014, date à partir de laquelle le

Dr C\_\_\_\_\_ a considéré que sa patiente avait recouvré une capacité de 50% dans un poste adapté. A cet égard, la recourante, si elle conclut à l'octroi d'une rente entière sans limite dans le temps, ne fait valoir aucun élément médical susceptible de corroborer le fait qu'elle serait restée dans l'incapacité totale de travailler au-delà du mois d'avril 2014. C'est donc à juste titre que l'intimé lui a reconnu une capacité de travail de 50% depuis l'amélioration attendue suite à l'opération et confirmée par le médecin-traitant.

En définitive, il ressort de ce qui précède que la capacité de travail de la recourante a évolué depuis 2005 de la manière suivante :

- 0% du 12 avril 2005 à avril 2006,
- 50% d'avril 2006 à avril 2011,
- 0% de mai 2012 à avril 2014,
- 50% depuis avril 2014.

11. Il convient à présent de déterminer à quels taux d'invalidité cela correspond et quelles prestations doit se voir reconnaître la recourante.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126

V 76 consid. 3b/aa et bb). 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) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé.

Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un 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 arrêts cités). Le juge ne peut dès lors 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).

b) A l'issue du délai de carence, soit le 12 avril 2006, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50%.

En l'espèce, il ressort des informations données par le dernier employeur de la recourante qu'en 2006, sans atteinte à sa santé, elle aurait réalisé un revenu de CHF 49'200.-, montant qu'il convient de retenir à titre de revenu sans invalidité.

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, en 2006, l'assurée aurait pu exercer à mi-temps une activité adaptée. Pour fixer le revenu d'invalidité, il convient de se fonder, conformément à la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475), sur le revenu auquel peuvent prétendre les salariés effectuant des activités simples et répétitives (TA1, niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et

---

non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt 9C\_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 ; arrêt I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'019.- par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 h./sem. en 2006 : La Vie économique, 6-2013 p. 90, table B 9.2). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2006, de CHF 50'278.-, soit, à mi-temps et après réduction de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, de son taux d'occupation réduit et de l'interdiction des mouvements de précision, un revenu d'invalidité de CHF 18'854.- qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 61.68%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente dès avril 2006.

c) Puis, de mai 2012 à avril 2014, la capacité de travail de l'assurée a été nulle, de sorte qu'elle s'est confondue avec sa capacité de gain et lui a ouvert droit à une rente entière d'invalidité et ce, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012 (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]).

d) A compter d'avril 2014, la recourante a recouvré une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

En 2014, le revenu avant invalidité se serait élevé à CHF 54'411.- (montant de CHF 49'200.- actualisé, selon l'indice suisse des salaires).

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient une fois encore de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'ESS. Ainsi que cela a été dit supra, en 2014, l'assurée aurait pu exercer à mi-temps une activité adaptée. Selon les données de l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'225.- par mois (valeur médiane), ce qui correspond, après actualisation, à un montant de CHF 4'379.- en 2014. Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 h./sem. en 2014). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2014, de CHF 54'781.-, soit, à mi-temps et après réduction de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, de son taux d'occupation réduit et de l'interdiction des mouvements de précision, un revenu d'invalidité de CHF 20'543.- qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit

à un degré d'invalidité de 62.24%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente dès juillet 2014 (art. 88a al. 1 RAI).

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit aux rentes suivantes :

- un trois-quarts de rente dès avril 2006,
- une rente entière dès juillet,
- un trois-quarts de rente dès juillet 2014.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à
  - un trois-quarts de rente dès avril 2006,
  - une rente entière dès juillet 2012,
  - un trois-quarts de rente dès juillet 2014.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 500.- à la charge de l'intimé.
7. 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

La présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le