

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/373/2018

ATAS/1213/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2018

3^{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

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

EN FAIT

1. Le 15 novembre 2012, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____1959, originaire du Kosovo, arrivée en Suisse en 1990 et ayant obtenu la nationalité suisse en 2007, blanchisseuse de profession, a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une incapacité totale de travail depuis le 9 mai 2012, suite à une entorse de la cheville droite avec lésion ostéochondrale, d'une part, à des troubles dégénératifs multiples de la colonne vertébrale, d'autre part.
2. L'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée indique que celle-ci a réalisé, en 2011, un revenu de CHF 45'000.-.
3. Le 10 décembre 2012, le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique (du pied et de la cheville), a adressé à l'OAI une copie des divers courriers et rapports en sa possession, en précisant n'avoir pas revu l'assurée depuis le 29 octobre 2012 et ne pas être intervenu s'agissant de son arrêt de travail.

Etaient joints à ce courrier :

- un rapport d'examen des colonnes cervicale et lombaire pratiqué le 11 mai 2012 par le docteur C_____, radiologue, concluant à une discopathie et à une uncodiscarthrose étagée prédominant en C5-C6, à une petite protrusion discale C3-C4 sans compression, à l'absence de fracture ou de luxation, à une fusion articulaire postérieure C2-C3, à un canal lombaire étroit au niveau de L2-L3 et des étages inférieurs - accentué par les débords discaux et l'arthrose interapophysaire postérieure - et à une discarthrose L5-S1 avec rétrécissements foraminaux L5-S1, dégénératifs ;
- une radiographie de l'avant-pied droit du 11 mai 2012 concluant à l'absence de fracture de l'avant-pied et des métatarsiens ;
- un rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) du pied droit du 26 juin 2012, du docteur D_____, radiologue, concluant à des séquelles d'instabilité talo-calcaneenne et un foyer de chondropathie du dôme talien de stade IV ;
- le rapport adressé par le Dr B_____ le 25 septembre 2012 au docteur E_____, médecin traitant ; il y rappelle que l'intéressée a été victime d'une entorse du pied de la cheville droite le 1^{er} mai 2012, que des douleurs ont persisté - tant à la marche qu'au repos -, que l'assurée a été victime d'une seconde chute peu après, que cela a eu pour conséquence un œdème externe et des douleurs diffuses au niveau de la malléole, que l'IRM pratiquée le 26 juin 2012 a montré un foyer de chondropathie supéro-externe du dôme talien, que l'examen clinique, en revanche, n'a permis de constater qu'une discrète raideur sous-astragalienne droite, avec une mobilité tibio-tarsienne maintenue, mais, néanmoins, une

importante hyperpathie à la palpation de toute la cheville, particulièrement dans les zones périmalloolaires externe et interne, ainsi qu'au niveau du sinus du tarse, qu'en revanche, les tendons testés autour de la cheville se contractaient de façon normale ; le médecin concluait à une lésion ostéochondrale du dôme du talus, compliquée par une importante hyperpathie pour laquelle il préconisait un traitement antalgique et une physiothérapie de mobilisation.

4. Dans un rapport parvenu à l'OAI en mars 2013, le Dr E_____, médecin traitant, a fait mention d'un état dépressif, de troubles dégénératifs de la colonne vertébrale et d'une totale incapacité de travail depuis le 9 mai 2012. Il a précisé que la situation de sa patiente au niveau du pied n'ayant pas été résolue, l'intéressée était très déprimée et n'arrivait pas à se concentrer suite à cette dépression réactionnelle.

Le médecin traitant a joint à son rapport celui établi le 18 février 2013 par les médecins du Service de chirurgie orthopédique des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Ceux-ci indiquaient que l'assurée souffrait toujours, au niveau de la cheville, de douleurs diffuses, latérales, médiales, plantaires et dorsales. Au status, ils n'avaient pu mettre en évidence de points douloureux précis à la palpation et avaient constaté un enraidissement de la cheville en flexion/extension. Ils écartaient l'éventualité d'une intervention chirurgicale et préconisaient une consultation en rhumatologie.

5. Le 1er juillet 2013, le médecin traitant a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire. Il a expliqué que la limitation de la mobilité de la cheville droite entraînait des douleurs à la marche et au repos et une totale incapacité à exercer l'activité habituelle de blanchisseuse. Le médecin a également évoqué un trouble anxieux dépressif réactionnel, tout en précisant qu'une prise en charge psychiatrique n'avait pas été proposée.
6. Le 11 décembre 2013, la doctoresse F_____, médecin-chef au département de rhumatologie des HUG, a confirmé que l'exercice d'une activité s'exerçant debout n'était pas exigible, que ce soit à temps plein ou même seulement à 50%.
7. Dans un rapport du 15 janvier 2014, ce même médecin a retenu le diagnostic de synostose talo-calcaneenne droite décompensée par une entorse le 9 mai 2012. Le médecin a également évoqué des rachialgies chroniques, des douleurs musculo-squelettiques diffuses, ainsi qu'une coxarthrose droite. Il y avait peu d'arguments en faveur d'un rhumatisme, mais ce diagnostic ne pouvait pour autant pas être totalement exclu vu le caractère mixte des douleurs, lesquelles survenaient de manière concomitante à une poussée de psoriasis.
8. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA) a communiqué à l'OAI son dossier, comprenant, notamment, les documents suivants :
 - un rapport de la Clinique romande de réadaptation (CRR) - où l'assurée a séjourné du 16 juillet au 21 août 2013 - rédigé le 28 août 2013, retenant à titre de diagnostics, notamment, un trouble anxieux et dépressif mixte, un état

douloureux répondant aux nouveaux critères diagnostiques de la fibromyalgie et une polyarthrose ; la CRR concluait à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle jusqu'au 1^{er} septembre 2013, puis à une capacité de 50%, à réévaluer quatre semaines plus tard ;

- une appréciation médicale du 31 décembre 2013 du docteur G_____, médecin-conseil de la SUVA, constatant qu'une longue évaluation à la CRR n'avait permis de mettre aucune lésion post-traumatique en évidence ; selon lui, il n'y avait pas lieu de reconnaître une incapacité de travail en lien avec l'accident au-delà du 31 octobre 2013, date à compter de laquelle c'était la fibromyalgie, confirmée à la CRR, qui devait être considérée comme étant à l'origine de l'arrêt de travail ;
 - une décision de la SUVA du 8 novembre 2013 mettant un terme à ses prestations d'assurance avec effet au 15 novembre 2013, motif pris que les troubles entraînant encore une incapacité de travail n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident ;
 - une décision sur opposition de la SUVA du 25 mars 2014, confirmant la première ; la SUVA constatait que les spécialistes de la CRR avaient confirmé le diagnostic de fibromyalgie et certifié que les douleurs de la cheville et de l'articulation n'avaient plus guère d'origine spécifique : en particulier, aucune lésion traumatique n'avait été mise en évidence et les radiographies des pieds avaient montré une structure morphologique et osseuse normale, sans lésion décelable ; le Spect-arthro-CT avait permis d'objectiver une hyperhémie avec hypercaptation du talus sans lésion anatomique à ce niveau ; aucune atteinte au niveau tibio-talien n'avait été retrouvée ; aucun élément au dossier ne permettait de conclure que l'incapacité de travail subsistant et attestée par la Dresse F_____ était en relation avec des troubles accidentels organiques ; les plaintes et limitations fonctionnelles s'expliquaient davantage par le syndrome fibromyalgique et les troubles dégénératifs diffus ; en outre des facteurs contextuels, non médicaux, influençaient les aptitudes fonctionnelles ; quant au trouble anxieux et dépressif mixte diagnostiqué, il était sans lien de causalité avec l'accident.
9. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui, le 2 juillet 2014, a relevé que la CRR avait diagnostiqué une fibromyalgie et l'absence de lésion traumatique.

Le psychiatre de la CRR avait conclu à un trouble anxieux et dépressif mixte, ce qui ne pouvait être considéré comme une comorbidité psychiatrique manifeste par son intensité et sa durée.

Il n'y avait pas non plus de perte d'intégration sociale, l'assurée ayant du plaisir à s'occuper de ses petits-enfants, pas plus que d'échec du traitement.

Dès lors, les critères jurisprudentiels permettant de reconnaître un caractère invalidant à la fibromyalgie n'étaient pas remplis.

10. Le 15 août 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente entière du 1er mai au 31 décembre 2013, puis à une demi-rente, du 1er au 31 janvier 2014 seulement.
11. L'assurée a contesté ce projet par courrier du 1^{er} septembre 2014 en alléguant être toujours en arrêt de travail à 100%.
12. Elle a été appuyée dans sa démarche par son médecin traitant, qui s'est étonné de la position de l'OAI.

Le médecin a rappelé que sa patiente souffrait toujours d'une lésion articulaire du pied droit lui occasionnant des douleurs constantes, aussi bien au repos qu'à la charge.

Il a également évoqué un état anxio-dépressif, une ablation précoce des ovaires, une ostéoporose précoce consécutive et un psoriasis.

Il en a tiré la conclusion que sa patiente ne pouvait travailler, même à 50%.

13. La Dresse F_____ a à son tour adressé un courrier à l'OAI le 30 septembre 2014.

Elle y indique que l'assurée est suivie par le Service de rhumatologie depuis 2013 pour les suites d'une entorse de la cheville droite avec douleurs résiduelles.

Elle explique que, dans un premier temps, la recherche d'une maladie inflammatoire s'est révélée vaine, mais que, dans un deuxième temps, a été mise en évidence une synostose talo-calcaneenne décompensée.

Elle réfute le diagnostic de fibromyalgie retenu par la CRR au motif que les critères pris en compte par cette dernière ont été la fatigue - reliée depuis lors à un syndrome d'apnées du sommeil - et les douleurs abdominales - lesquelles s'expliquent par une intolérance au lactose.

Le médecin relate que, dans les mois qui ont suivi son séjour à la CRR, l'assurée a développé un psoriasis cutané évoquant un rhumatisme inflammatoire, diagnostic qui a pu être étayé de manière formelle par des examens complémentaires : une IRM a mis en évidence des synovites des métacarpiens et une ténosynovite des fléchisseurs du 3^{ème} rayon. L'étiologie la plus probable est dès lors celle d'un rhumatisme psoriasique. Ces éléments remettent en cause les diagnostics retenus jusqu'alors, notamment celui de syndrome douloureux chronique. En effet, il est extrêmement probable que les douleurs résiduelles après le traumatisme de la cheville et les rachialgies chroniques soient dues à une arthrite psoriasique latente.

14. Le SMR, après avoir pris connaissance de ces éléments, a confirmé la vraisemblance du rhumatisme psoriasique et admis que cela remettait en cause le diagnostic de fibromyalgie et pouvait objectivement expliquer les douleurs. Dès lors, il a préconisé un nouvel examen rhumatologique.
15. Celui-ci a été confié au docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui a rendu son rapport en date du 20 février 2015 (pce 69 OAI).

Le médecin a résumé les différents rapports versés au dossier, puis s'est livré à une anamnèse familiale, professionnelle et personnelle. Il s'est ensuite fait l'écho des plaintes de l'assurée et s'est livré à une description de sa vie quotidienne avant de consigner ses observations cliniques.

En définitive, le médecin a retenu à titre de diagnostics : des cervicalgies sur troubles dégénératifs étagés (discopathies et uncarthrose), des lombosciatalgies droites non déficitaires sur troubles statiques (cyphose dorsale, discrète scoliose dorsolombaire) et dégénératifs (discopathie avec rétrolisthésis et arthrose facettaire bilatérale), une entorse de la cheville droite en mai et juillet 2012 avec lésion ostéochondrale du dôme du talus et un psoriasis avec rhumatisme périphérique touchant les mains.

Le médecin a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, une rhizarthrose des pouces prédominant à gauche, un conflit fémoro-patellaire bilatéral, une déformation de l'articulation interphalangienne distale du majeur droit, une obésité et une hypertension artérielle traitée.

Le Dr H_____ a relevé que le recueil anamnestique révélait des symptômes habituels en cas de fibromyalgie (douleurs générales à prédominance axiale, raideurs diffuses à prédominance matinale, gonflement des mains, fatigue, mauvais sommeil et troubles digestifs). Il a reconnu que les troubles de la digestion et du sommeil étaient en lien avec un problème d'apnées, respectivement avec une intolérance au lactose ; quant au gonflement des mains, il était compatible avec l'atteinte rhumatismale. Le médecin a néanmoins retenu le diagnostic de fibromyalgie en raison du fait que les 18 points de Smythe (soit bien plus que ceux relevés par la Dresse F_____ lors de sa consultation, en avril 2013) étaient tous présents. Qui plus est, à cet aspect douloureux s'ajoutaient un nombre significatif de signes de non-organicité de Waddel (trois). Le médecin a néanmoins reconnu que cela ne devait pas occulter la présence de troubles dégénératifs et d'un rhumatisme inflammatoire dont la CRR n'avait pas eu connaissance.

En résumé : les douleurs rachidiennes avaient une origine radiologiquement objective, les douleurs du coude gauche, des mains et de la hanche droite s'expliquaient par le rhumatisme psoriasique, celles de la cheville droite étaient séquellaires aux entorses et celles des genoux trouvaient leur origine dans les troubles dégénératifs et les poussées rhumatismales. Le tout était amplifié par la fibromyalgie.

Eu égard aux atteintes objectivées, le Dr H_____ a retenu à titre de limitations fonctionnelles : le fait de devoir éviter les mouvements répétés en rotation et en flexion/extension, les activités bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à 8 kg, les mouvements en porte-à-faux, la position penchée en avant de manière répétée, la marche, les activités nécessitant une force de préemption répétées, les flexion/extension des poignets ou encore les milieux froids et humides.

Il a au surplus préconisé de favoriser les activités s'exerçant en position assise ou alternée (toutes les heures) et celles se pratiquant l'après-midi ou dès 10h du matin (vu la raideur matinale).

Le médecin a confirmé une totale incapacité de travail à compter du 9 mai 2012 et s'est rangé à l'avis de la CRR selon lequel l'assurée aurait pu reprendre une activité à 50% un jour sur deux à compter du 2 septembre 2013. Il a toutefois écarté l'éventualité de reprendre l'activité habituelle et préféré pour sa part retenir une capacité de travail de 75% dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles énumérées.

16. Une mesure d'orientation professionnelle a été mise en place aux Etablissements publics pour l'intégration (EPI) du 8 juin au 6 septembre 2015.

Les EPI ont décrit l'assurée comme étant de très bonne volonté.

Les maîtres de stage ont expliqué avoir dû la renvoyer chez elle à deux reprises à cause de son état de santé.

Il a été constaté que l'assurée ne comprenait pas forcément toutes les consignes en raison de son niveau linguistique. A cause de la fatigue et de sa mobilité réduite, elle avait eu du mal à suivre la mesure et n'avait pas ou très peu de polyvalence professionnelle. Le taux de consignes non comprises à la première explication a été estimé à 90%. Les compétences cognitives ont été qualifiées de « très basses ». Elle devait alterner régulièrement les positions, toutes les 20 à 30 minutes, et, parfois, surélever sa jambe afin d'éviter que sa cheville ne gonfle. L'assurée n'a pu en définitive réaliser que 15 des 60 activités prévues en raison de sa lenteur et de ses problèmes de compréhension. Son rendement a été qualifié de fortement diminué (60% dans les travaux simples).

17. Le médecin traitant de l'assurée, par courrier du 30 novembre 2015, a avisé l'OAI de la lente dégradation de l'état de sa patiente.

Il a rappelé qu'une lésion articulaire importante l'empêchait de poser son pied confortablement et de le dérouler correctement, ce qui entraînait des douleurs chroniques, même au repos. Elle souffrait également d'importantes tuméfactions articulaires au niveau des mains, des doigts et de la cheville, ainsi que d'un psoriasis (symptômes dus à une maladie rhumatismale psoriasique). La situation affectait le moral de l'assurée ; différents antidépresseurs lui avaient été prescrits, avec un résultat moyen sur sa thymie.

Le médecin a fait part de sa perplexité face à la conclusion selon laquelle sa patiente pourrait exercer une activité professionnelle adaptée à 75%. Il a reproché à l'OAI de n'avoir pas pris en compte un certain nombre d'éléments : l'hypertension artérielle nécessitant la prise de trois à quatre médicaments concomitants, un syndrome d'apnées du sommeil n'ayant pu être appareillé et, enfin, une hernie hiatale avec reflux gastro-œsophagien chronique nécessitant la prise quotidienne

d'inhibiteurs de la pompe à protons. Ces éléments contribuaient, selon le médecin, à la fatigue chronique de sa patiente et justifiaient son maintien en arrêt de travail.

18. Interrogé par le SMR, le médecin traitant a précisé, en date du 10 mars 2016, qu'il n'avait pas procédé aux dosages sanguins des traitements antihypertenseur et antidépresseur, parce que c'était trop compliqué. Il a ajouté que la quantité d'apnées du sommeil restait assez légère.
19. L'assurée a alors été adressée au docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour une nouvelle évaluation médicale.

Ce dernier a rendu son rapport en date du 5 février 2017 (pce 130 OAI).

Après avoir résumé les pièces versées au dossier et procédé à une anamnèse personnelle, professionnelle et familiale, le médecin s'est fait l'écho des plaintes de l'assurée. Celle-ci a indiqué que, pour elle, le pire était le psoriasis. Au deuxième plan venaient les douleurs diffuses, en particulier au niveau de sa cheville droite. Elle ne pouvait rester assise ou allongée plus d'une heure - une heure et demie et ne pouvait marcher plus de trente minutes. L'assurée se plaignait également d'une ankylose matinale sévère pendant cinq à dix minutes, intéressant surtout la main gauche, mais également la droite et la cheville. Cette ankylose disparaissait progressivement et elle pouvait alors vaquer à ses activités habituelles (préparer les repas, par exemple).

Le médecin a ensuite décrit ses constatations cliniques. Il a noté que l'état de la main gauche était superposable - voire amélioré - par rapport à celui constaté en février 2015. Les plaintes concernant l'appareil locomoteur étaient restées identiques. Le traitement introduit en avril 2016 avait fait disparaître complètement les lésions cutanées. Sur le plan dermatologique, le psoriasis se limitait désormais aux coudes, à la face antérieure des genoux et à l'abdomen. Un bilan biologique réalisé en mars 2016 n'avait montré aucun signe inflammatoire. Les sérologies rhumatismales s'étaient révélées négatives et des radiographies des mains pratiquées également en mars 2016 n'avaient montré aucune érosion caractéristique, hormis des troubles dégénératifs. L'IRM des sacro-iliaques n'avait montré aucun signe inflammatoire et celle du rachis lombaire, aucun signe de spondylite.

De ces constatations, le médecin a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas d'argument permettant de retenir une quelconque aggravation, depuis l'expertise de 2015, du probable rhumatisme psoriasique, lequel semblait être limité à une forme périphérique au niveau de la main gauche.

Rien n'indiquait l'altération de la fonction rénale suggérée par le médecin traitant.

Le Dr I_____ a souligné que le traitement de l'hypertension artérielle ne pouvait être qualifié de lourd. Il n'y avait en outre aucune mention de décompensation cardiaque ou d'une éventuelle cardiopathie hypertensive à l'anamnèse. L'examen

montrait une situation cardiovasculaire stable, sans signe clinique de défaillance ventriculaire et l'absence d'œdème en périphérie.

Quant aux troubles digestifs évoqué par l'assurée, il les a qualifiés de non préoccupants et sans limitations fonctionnelles, car pouvant être compensés par un traitement d'inhibiteurs de la pompe à protons, assorti de mesures diététiques simples (par exemple la diminution du lactose dans l'alimentation).

Le syndrome d'apnées du sommeil a été qualifié de modéré (25 apnées/heure). Le Dr I_____ l'a qualifié de peu symptomatique et ne requérant à son avis pas de traitement, puisque n'engendrant pas une somnolence excessive diurne. Selon lui, une perte de poids pourrait avoir plus d'impact qu'un appareillage.

Malgré la ménopause précoce, aucune ostéoporose n'avait été documentée et une minéralométrie pratiquée en 2015 ne permettait pas de retenir ce diagnostic.

En définitive, le Dr I_____ a considéré que l'anamnèse, les plaintes et l'examen clinique allaient dans le sens d'un syndrome douloureux chronique avec douleurs éparées en présence de deux signes de Waddell sur cinq.

En définitive, d'un point de vue de médecine interne stricte, aucune affection n'induisait de limitations fonctionnelles : en l'absence de somnolence diurne significative, la découverte d'un syndrome d'apnées obstructives du sommeil ne permettait pas, ipso facto, de considérer qu'il en résulterait des limitations dans les activités exercées par l'assurée ; les examens sanguins ne montraient aucun syndrome inflammatoire. D'ailleurs, l'assurée se plaignait essentiellement de l'aspect esthétique de son psoriasis et, seulement dans un second temps, d'un syndrome douloureux diffus polyarticulaire, de troubles digestifs et de fatigabilité à l'effort. L'examen cardiopulmonaire était normal, tout comme l'examen neurologique, à l'exception d'une hypoesthésie subjective des membres supérieur et inférieur droits, inexpliquée. Le médecin a relevé une tendance claire, bien que non démonstrative, à l'amplification. A cet égard, le Dr I_____ a notamment relevé une divergence entre un test de Jamar satisfaisant et l'annonce de douleurs à 6/10 à la préemption des doigts. Il a également noté la présence de 14 points de Smythe sur 18 et des autolimitations dans les mouvements.

Sur le plan psychique, le Dr I_____ a dit n'avoir pas observé pour sa part l'humeur abaissée et la labilité émotionnelle décrites par les médecins de la CRR. Il n'a pas non plus relevé de trouble de la vigilance et l'assurée n'a annoncé aucune prise en charge psychothérapeutique.

Le médecin a considéré que les ressources personnelles de l'assurée étaient totalement préservées et s'est rangé sur le plan des diagnostics à ceux posés par le Dr H_____ en février 2015.

20. Le dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, qui a constaté l'absence d'aggravation depuis 2015 et s'est référé aux conclusions prises précédemment, en mars 2015.

21. Par décision du 5 janvier 2018, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité pour une période limitée, du 1^{er} mai au 31 décembre 2013.

L'OAI, se référant aux conclusions des Drs H_____ et I_____, a retenu que si l'exercice de l'activité habituelle d'employée en blanchisserie n'était certes plus exigible depuis le 9 mai 2012, celui d'une profession adaptée aux limitations fonctionnelles l'était à 75% depuis le 2 septembre 2013.

Dès lors, l'OAI a procédé à un calcul théorique du degré d'invalidité à compter de cette date et comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assurée en 2013, soit CHF 45'760.- (revenu de CHF 45'000.- obtenu en 2011, indexé), à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année, malgré l'atteinte à sa santé, en exerçant à 75% une activité simple et répétitive en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10%, soit CHF 34'960 (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2012, TA1, niveau 1 : 4'112.- CHF/mois pour 40h./sem. = 4'287.- CHF/mois pour 41,7h./sem. = CHF 51'441.- en 2012 = CHF 51'793.- en 2013 à 100%), ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 23,6%, arrondi à 24%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

En conséquence de quoi, l'OAI a limité le droit à une rente entière à la période du 1^{er} mai au 31 décembre 2013, soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain.

22. Par écriture non datée, mais expédiée le 31 janvier 2018, l'assurée a interjeté recours contre cette décision.

La recourante allègue en substance que son état de santé ne lui permet pas de retrouver une activité professionnelle, même à temps partiel.

Elle informe par ailleurs la Cour qu'elle a changé de médecin traitant et que c'est désormais la doctoresse J_____ qui la suit.

23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 février 2018, a conclu au rejet du recours.

Il constate que la recourante n'invoque aucun élément objectif précis permettant de douter des conclusions du SMR, pas plus qu'elle ne produit de document médical à l'appui de sa position.

24. Une audience de comparution personnelle s'est tenue en date du 7 juin 2018.

L'intimé a indiqué à cette occasion avoir reçu un rapport rédigé par la Dresse J_____ le 13 mars 2018, qu'il a versé à la procédure. Le médecin y indique que les douleurs persistent chez sa patiente au niveau du rachis lombaire et des articulations, que cela génère des angoisses et une exacerbation du psoriasis et que l'état de l'intéressée ne lui permet pas d'effectuer un travail quel qu'il soit.

La recourante, interrogée par la Cour de céans, a allégué ne pouvoir exercer la moindre activité. A cet égard, elle fait valoir qu'elle ne peut rester longtemps assise en raison de ses cervicales et du fait que, dans cette position, son pied droit finit par

enfler ; elle a même du mal à marcher, voire à porter son sac à main ; elle souffre également de vertiges et de douleurs aux épaules.

La recourante a expliqué que le psychiatre-psychologue qui l'a examinée à la CRR lui a prescrit des antidépresseurs, dont son médecin traitant a par la suite prolongé la prescription. Elle a continué le traitement deux ans durant mais y a finalement renoncé en raison douleurs à l'estomac et parce qu'il n'avait amené aucune amélioration. Depuis lors, elle n'a plus ni traitement ni suivi spécialisé au plan psychique.

A l'issue de l'audience, 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), 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. À 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. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
4. Le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante au-delà de septembre 2013 et sur le bien-fondé de la décision de l'intimé de supprimer sa rente au 31 décembre 2013.
5. 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. 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).

6. 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 en vigueur dès le 1er janvier 2008).
7. 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.

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).

8. 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).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de

manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

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).

Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral [9C_462/2009](#) du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. [ATF 107 V 17](#) consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF [9C_1035/2009](#) du 22 juin 2010

consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

9. En l'espèce, la recourante allègue ne pas se sentir capable d'exercer la moindre activité lucrative, même adaptée, à quelque taux que ce soit.

L'intimé, lui, considère qu'elle est apte à exercer à 75% une activité adaptée et ce, depuis septembre 2013. Il se fonde pour cela sur les conclusions de deux experts successifs, les Drs H_____ et I_____.

Il convient dès lors d'examiner la valeur probante à accorder aux rapports de ces deux médecins pour voir s'il est bien-fondé de considérer qu'une amélioration de l'état de l'assurée lui aurait permis, à compter de septembre 2013, d'exercer une

activité adaptée aux nombreuses limitations fonctionnelles retenues par ces deux médecins.

Le rapport d'examen du Dr H_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. En particulier, cet examen tient compte des nouveaux éléments apportés par le généraliste et le rhumatologue traitants et énumère toutes les limitations fonctionnelles à mettre objectivement en lien avec les atteintes somatiques constatées. La fibromyalgie en tant que telle n'est évoquée qu'en tant qu'elle vient aggraver la situation générale.

Il y a donc lieu de reconnaître à ce rapport pleine valeur probante, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en rhumatologie, a été confirmé par la suite par le Dr I_____, dont le rapport, lui aussi, répond aux réquisits jurisprudentiels rappelés supra.

A noter que les éléments évoqués par le médecin traitant après la première expertise, qu'il reprochait au Dr H_____ de n'avoir pas pris en compte, ne permettent pas de s'écarter des conclusions de celui-ci. On voit en effet mal en quoi l'hypertension artérielle - dont le Dr I_____ a souligné qu'elle n'avait entraîné aucune décompensation cardiaque ou cardiopathie - pourrait justifier une incapacité de travail. De même, les apnées évoquées ont été qualifiées de peu symptomatiques. Les troubles digestifs évoqués, peu significatifs, sont quant à eux traités par médicaments et ce, à satisfaction. La fatigabilité invoquée par le médecin traitant n'a pas été alléguée par la recourante, pas plus qu'elle n'a été observée par le Dr I_____. Enfin, l'assurée ne suit aucun traitement psychique, que ce soit sous la forme de médication ou de suivi spécialisé.

Aucun élément objectif médical n'a ainsi été amené par la recourante, qui permettrait de douter des conclusions des experts successifs.

Quant à l'appréciation des EPI, on rappellera que l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible d'un assuré.

Dans ces circonstances, c'est à juste titre que l'intimé, suivant en cela l'avis de deux experts et de son SMR, a considéré que l'assurée était apte, depuis septembre 2013, à exercer une activité adaptée à 75%.

Pour le reste, la Cour constate que le calcul du degré d'invalidité - au demeurant non contesté - n'est pas critiquable. Elle relève que, même en appliquant une réduction maximale de 25% au salaire d'invalidé, le degré d'invalidité ne serait pas suffisant pour ouvrir droit à une rente.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. 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