

Eidgenössisches Versicherungsgericht  
Tribunale federale delle assicurazioni  
Tribunal federal d'assicuranzas

Cour des assurances sociales  
du Tribunal fédéral

Cause  
{T 7}  
I 286/05

Arrêt du 26 avril 2006  
IVe Chambre

Composition  
MM. et Mme les Juges Ursprung, Président, Widmer et Frésard. Greffière : Mme Fretz

Parties  
Office cantonal AI Genève, rue de Lyon 97, 1203 Genève, recourant,

contre

Z.\_\_\_\_\_, intimée, représentée par Me Mauro Poggia, avocat, rue De-Beaumont 11, 1206 Genève

Instance précédente  
Tribunal cantonal des assurances sociales, Genève

(Jugement du 8 mars 2005)

Faits:

A.

Z.\_\_\_\_\_, née en 1967, est employée de commerce de formation. Depuis le 1er mars 1997, elle travaille en qualité d'animatrice au sein du «Club X.\_\_\_\_\_». Le 3 novembre 1999, l'intéressée a été victime d'une chute accidentelle sur le dos. Souffrant de douleurs dorsales et lombaires ainsi que du membre inférieur gauche (MIG) depuis cet accident, elle a réduit son temps de travail à 50 % à partir du 1er février 2000.

Mandaté par l'assureur-accident de Z.\_\_\_\_\_, le docteur C.\_\_\_\_\_, neurologue, a posé le diagnostic de dorsalgies D7-D9 paramédianes gauches avec irradiation costale vingt et un mois après petit tassement du mur antéro-supérieur de D8, exacerbées en cours de travail, notamment lors de stations assises et debout prolongées, sous forme de douleurs musculaires des spinaux gauches dorso-lombaires; scoliose dorsale sinistro-convexe centrée sur D8 préexistante; troubles moteurs fonctionnels du membre inférieur gauche dans le cadre d'un «fe-ar of pain and movement syndrome» (rapport du 10 août 2001).

Le 1er mars 2002, Z.\_\_\_\_\_ a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, sous forme d'une demi-rente.

L'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Genève (ci-après : l'OCAI) a recueilli l'avis du docteur H.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant de l'assurée. Dans son rapport du 28 mars 2002, ce dernier a retenu comme diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail, un syndrome thoraco-vertébral suite à une fracture-tassement de D8; les autres affections diagnostiquées étaient sans influence sur la capacité de travail (sinusites à répétition, dysfonction musculaire). L'incapacité de travail était évaluée à 100 % entre le 3 novembre 1999 et le 31 janvier 2000 et à 50 % depuis le 1er février 2000.

Le 22 mai 2002, le docteur C.\_\_\_\_\_ a examiné une nouvelle fois l'assurée. S'exprimant sur la capacité

de travail de cette dernière, il a indiqué qu'il existait une disproportion entre l'incapacité actuelle, de l'ordre de 50 %, et les séquelles douloureuses observées habituellement après un tassement assez discret d'un bord antéro-supérieur du corps vertébral thoracique. Il ne pensait pas que l'on pût raisonnablement s'attendre à une amélioration de la capacité de travail et qu'il faudrait se résoudre à admettre une certaine invalidité, laquelle ne dépasserait pas 10 % dans un problème post-traumatique non influencé par des éléments extérieurs. Dans le cas de l'assurée, ces éléments extérieurs étaient au nombre de deux: d'une part, le trouble statique thoraco-lombaire, connu et traité depuis l'enfance, lequel avait été asymptomatique après l'adolescence et jusqu'à l'accident, d'autre part, une évolution anxio-dépressive post-traumatique (rapport du 18 juin 2002).

Dans une lettre du 2 juillet 2002 adressée à l'assureur-accidents, le docteur C. \_\_\_\_\_ a précisé que le taux de 10 % dont il avait fait état dans son rapport du 18 juin 2002 correspondait au degré de l'atteinte à l'intégrité physique, appelée également taux d'invalidité partielle permanente. Il a par ailleurs décrit ce que l'assurée devait éviter dans le cadre d'une activité professionnelle, soit les mouvements répétitifs de la colonne dorso-lombaire, le soulèvement et le transport de charges, ainsi que les positions assises et debout prolongées, surtout si le tronc est fléchi en avant.

Invité à se déterminer sur le cas de l'assurée, le docteur L. \_\_\_\_\_, médecin-conseil auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), a proposé que Z. \_\_\_\_\_ soit soumise à un examen rhumato-psychologique, afin de déterminer si l'on se trouvait en présence d'une pathologie psychiatrique invalidante pouvant expliquer l'échec de la reprise du travail à plein temps (rapport du 25 septembre 2002).

Mandaté par l'OCAI, le docteur V. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a examiné l'assurée les 3, 10 et 17 mars 2003. Dans son rapport d'expertise subséquent, établi le 15 avril 2003, l'expert conclut à l'absence d'un trouble mental et exclut par conséquent une incapacité de travail pour des raisons psychiatriques.

L'assurée a en outre été examinée par la doctoresse G. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecin interne et rhumatologie et médecin-conseil auprès du SMR. Dans son rapport d'examen du 21 juillet 2003, cette dernière a diagnostiqué un trouble douloureux chronique et une spondylodiscarthrose ébauchée, sur discrets troubles statiques et ancien tassement possible de D8 (à la limite du significatif). Elle a retenu une capacité de travail exigible de 100 % à partir de février 2002.

Par décision du 11 décembre 2003, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité, assortie d'une demi-rente complémentaire en faveur du conjoint, pour la période du 1er mars 2001 au 31 mai 2002.

L'assurée a formé opposition à cette décision. A l'appui de cette dernière, elle a produit un rapport du docteur D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en maladies immuno-allergiques et rhumatismales, du 26 février 2004, duquel il ressort qu'elle souffre de douleurs myofasciales (rhumatisme des parties molles) au niveau de la ceinture pelvienne, avec notamment une tendinite des abducteurs de hanches prédominant du côté gauche et une spondylarthrose au niveau de charnière lombosacrée, provoquant des douleurs référées dans le membre inférieur gauche («sciatalgies»). Ce médecin a ajouté qu'un traitement physique, et tout particulièrement une activité sportive, de façon régulière et progressive, était généralement le traitement le plus adéquat et le plus utile à moyen ou long terme.

Invité à se prononcer sur le rapport du docteur D. \_\_\_\_\_, le docteur L. \_\_\_\_\_ a relevé que les constatations ainsi que la symptomatologie étaient postérieures à la décision du 11 décembre 2003. Par ailleurs, aucune incapacité de travail en rapport avec cette nouvelle symptomatologie n'était attestée (cf. note du 10 avril 2004).

Par une nouvelle décision du 13 juillet 2004, l'OCAI a rejeté l'opposition contre sa décision du 11 décembre 2003.

B.

Z. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant le Tribunal des assurances sociales du canton de Genève, en concluant à l'octroi d'une demi-rente depuis le 1er juin 2002. Elle a en outre produit un nouveau rapport médical de son médecin traitant, lequel atteste qu'elle est incapable de travailler à plus de 50 %, l'accident du 3

novembre 1999 ayant définitivement compromis sa musculature plutôt fragile au départ (rapport du 8 novembre 1999).

Par jugement du 8 mars 2005, le Tribunal cantonal a admis le recours interjeté par l'assurée et annulé la décision sur opposition du 13 juillet 2004, en tant qu'elle limitait au 31 mai 2002 le droit à une demi-rente d'invalidité. C.

L'OCAI interjette un recours de droit administratif contre ce jugement dont il demande l'annulation en concluant à la confirmation de sa décision du 13 juillet 2004.

L'intimée conclut au rejet du recours tandis que l'Office fédéral des assurances sociales propose son admission.

Considérant en droit:

1.

1.1 Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps, doit être examinée à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 418 consid. 2d et les références).

1.2 Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

1.3 En l'espèce, il s'agit d'examiner si l'invalidité de l'intimée s'est modifiée entre le 1er mars 2001, date du début du droit à une demi-rente et le 31 mai 2002, date de la suppression de cette prestation.

2.

A l'appui de sa décision litigieuse par laquelle il a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité, l'OCAI s'est fondé sur les expertises des docteurs C.\_\_\_\_\_, du 10 août 2001, V.\_\_\_\_\_, du 15 avril 2003 et G.\_\_\_\_\_, du 21 juillet 2003.

Sur le plan psychique, le docteur V.\_\_\_\_\_ a clairement exclu toute atteinte pouvant entraîner une incapacité de travail.

Sur le plan somatique, le docteur C.\_\_\_\_\_ estimait qu'une reprise d'activité complète devait être possible dans le courant de l'année 2002, à condition de poursuivre le déconditionnement multidisciplinaire et d'augmenter progressivement l'activité professionnelle en parallèle. Dans son rapport ultérieur du 18 juin 2002, le docteur C.\_\_\_\_\_ n'a pas, comme l'affirment à tort les premiers juges, confirmé un taux d'incapacité de travail de 50 %. Au contraire, il a relevé que la fracture du bord antéro-supérieur du corps vertébral Th8, laquelle n'avait entraîné aucune compression médullaire ou des racines nerveuses thoraciques, jouait un rôle démesuré dans la réduction d'activité professionnelle et extra-professionnelle de l'assurée.

Sur le plan rhumatologique, la doctoresse G.\_\_\_\_\_ note pour sa part que l'examen clinique reste parfaitement normal en dehors d'un trouble statique bénin, banal, chez une assurée de constitution normale mais présentant une certaine insuffisance musculaire de la sangle abdominale et des ceintures, par sédentarité, ainsi que des raccourcissements des chaînes musculaires postérieures. Elle ajoute que le trouble statique n'est pas ressenti comme significativement douloureux, même après le port prolongé de chaussures à hauts talons. Pour l'assurée, c'est la tolérance à l'activité professionnelle qui diminue en fin de journée, provoquant des douleurs de tension au niveau du dos associées à une fatigabilité limitant ses activités de loisirs en fin de journée. Selon la doctoresse, il existe une discordance entre ces douleurs, dont l'intensité est jugée maximale sur l'échelle visuelle par l'assurée qui affirme éprouver une gêne douloureuse toujours présente, et l'absence totale de douleurs en début de journée ainsi que la nuit. La doctoresse G.\_\_\_\_\_ constate par ailleurs l'absence d'argument pour évoquer une affection évolutive soit osseuse, soit intra-rachidienne. Les mouvements oscillatoires observés au MIG ainsi qu'une

hypersensibilité traduisent plus vraisemblablement une atteinte d'ordre pseudo-neurologique et sont survenus lors d'un sentiment d'insécurité pendant la rééducation initiale, d'autant plus que l'assurée qui pensait ne pas avoir de lésion a été choquée par la découverte ou la description ultérieure de sa fracture dorsale. Pour la doctoresse, ceci peut avoir donné lieu à des phénomènes d'amplification, à des échecs thérapeutiques des antalgiques et des mesures de physiothérapie habituelles. Au vu de toutes ses constatations, elle conclut à l'absence de corrélation entre les plaintes subjectivement importantes, conditionnant l'incapacité de travail à 50 %, et les constatations cliniques et radiologiques objectives. Cette analyse est convaincante. Elle rejoint au demeurant celle du docteur C.\_\_\_\_\_. Quant à la capacité de travail exigible de l'assurée, elle est évaluée de la manière suivante: nulle entre le moment de la survenance de l'accident jusqu'en février 2000, de l'ordre de 50 % de mars 2000 jusqu'en janvier 2002, soit six mois après l'expertise du docteur C.\_\_\_\_\_, et enfin entière à partir de février 2002.

La seule opinion vraiment divergente quant à l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée émane ainsi de son médecin traitant, lequel rappelle, dans son rapport du 8 novembre 2004, qu'elle est toujours de 50 % depuis l'accident et qu'il est à prévoir que tel sera encore le cas à l'avenir. Le docteur H.\_\_\_\_\_ explique que la musculature de l'assurée, plutôt fragile au départ, a été définitivement compromise par sa longue immobilisation à la suite de son accident, laquelle serait à l'origine d'une incapacité de travail permanente de 50 %. L'avis du docteur H.\_\_\_\_\_ n'est pas convaincant. Outre le fait qu'il est peu étayé, il est contradiction avec ses propres constatations antérieures. En effet, dans son rapport du 28 mars 2002, il avait fait état d'un dysfonctionnement musculaire qu'il rangeait dans la catégorie des diagnostics n'ayant pas de répercussions sur la capacité de travail.

Au vu de ce qui précède, il convient de se rallier à l'opinion de la doctoresse G.\_\_\_\_\_, laquelle a estimé qu'une capacité de travail de 100 % était exigible de la part de l'assurée à partir du mois de février 2002, ce qui entraînait la suppression de la rente à fin mai 2002 (art. 88a al. 1 RAI). Le recours est dès lors bien fondé.

Par ces motifs, le Tribunal fédéral des assurances prononce:

1.

Le recours est admis et le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales de Genève, du 8 mars 2005, est annulé.

2.

Il n'est pas perçu de frais de justice.

3.

Le présent arrêt sera communiqué aux parties, au Tribunal cantonal des assurances sociales et à l'Office fédéral des assurances sociales.

Lucerne, le 26 avril 2006

Au nom du Tribunal fédéral des assurances

Le Président de la IVe Chambre: La Greffière: