

GE_GERICHTE ATAS/1119/2011 vom 17. November 2011

GE Cour de justice, 2011-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1119_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/1119/2011 du 17 novembre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/1119/2011 del 17 novembre 2011

Erwägungen

E. 28

Le Dr Q_____ a rendu son rapport d'expertise le 3 novembre 2010. Après avoir pris établi l'anamnèse de l'assurée, l'expert a procédé à son examen clinique. Il a relevé que les plaintes de la recourante étaient d'ordre avant tout auditif lors de l'expertise, notamment en raison de la fatigue entraînée par les acouphènes dont elle souffrait, et qu'elle n'avait pas de plainte spontanée au plan psychique. Le moral de la recourante était bon, avec parfois une baisse lorsqu'elle était fatiguée en fin de journée, sans idées noires, ni anhédonie, malgré un "fond de désespoir" ancien dont elle s'accommodait. Elle avait gardé un taux d'activité de 50 % depuis 1998, car elle se sentait trop fatiguée l'après-midi pour être en mesure de travailler efficacement, malgré le transfert de ses activités sur des activités plus compatibles avec sa surdité. Au moment de l'expertise, l'examen psychiatrique ne mettait pas en évidence de pathologie psychique hormis une fatigabilité intellectuelle due aux efforts nécessités par le handicap auditif, pouvant être assimilée à un trouble cognitif léger (F06.7) au sens de la CTM-10. S'agissant du passé, l'anamnèse suggérait l'existence d'un syndrome dépressif franc apparu au milieu des années 90 dans un contexte de surmenage et de surdité progressive interférant avec la vie relationnelle et l'activité professionnelle, suffisamment sévère pour que la recourante consulte un psychiatre qui lui prescrive un arrêt de travail d'un an dès juillet 1997 à temps complet, puis à 50 %. S'agissant du diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr L_____ et du dossier médical de la recourante, il était difficile d'établir fermement la présence d'un trouble dépressif récurrent. La survenance d'épisodes dépressifs francs séparés par des périodes de rémission complète n'était pas documentée, et le Dr Q_____ penchait pour un épisode dépressif unique, prolongé sur plusieurs années à partir de 1996-97 et probablement jusqu'en 2008, peut-être greffé un fond de dysthymie (état subdépressif chronique) présent dès l'adolescence, avec un terrain familial prédisposant. Il était hautement probable que la surdité ait contribué au déclenchement et à l'entretien du trouble dépressif, car la perte de l'audition est l'un des handicaps les moins bien tolérés et les plus aptes à favoriser la survenance d'une dépression chez le sujet qui en souffre. La psychométrie utilisée par le Dr N_____ avait donné des résultats compatibles avec l'existence d'un trouble dépressif, qu'il avait écartés en raison de ses constatations objectives en concluant qu'il fallait y voir le signe d'une exagération de ses symptômes par la recourante. Le Dr Q_____ s'est déclaré non convaincu par cette hypothèse car il ne décelait aucun indice d'exagération, et le fait que la recourante accepte la suppression de sa rente alors qu'elle estime ne pas pouvoir encore travailler à 100% parle contre une exagération des symptômes motivée par un désir de rente. Les constatations objectives du Dr N_____ ne permettaient selon l'expert pas non plus de conclure à une exagération, dans la mesure où la recourante s'était bien investie dans plusieurs tests. S'agissant de la présence de symptômes dépressifs (baisse de l'humeur, de l'énergie et du plaisir) que le Dr N_____ prétendait ne pas avoir établie cliniquement, cette

affirmation était également contredite par les réponses données par la recourante au questionnaire de Beck, et aurait mérité une discussion plus nuancée que la seule

A/3224/2008 - 13/27 - hypothèse de l'exagération des symptômes. Pour le Dr Q_____, la description clinique donnée le Dr N_____ ne permettait pas d'exclure la présence d'un syndrome dépressif non sévère, et la description clinique et les réponses aux questionnaires psychométriques suggèrent la présence en 2004 d'un syndrome dépressif probablement léger à moyen. L'expert s'écartait de l'opinion du Dr L_____ s'agissant de la sévérité de l'épisode dépressif 2001 puisque ce même praticien évoquait en 1999 une dépression d'épuisement de forme psychasthénique, soit une dépression chronique mais non sévère. Il était peu probable que l'expertisée ait souffert entre 1997 et 2001 d'un épisode dépressif sévère, en l'absence d'autres signes tels que perte de poids, risque suicidaire élevé, traitement antidépresseur voire une hospitalisation, qui n'étaient ni décrites par le Dr L_____, ni relatées par la recourante. Le fait que le Dr L_____ n'ait pas appliqué de mesures thérapeutiques intensives suggérait en outre que la dépression n'avait pas été durablement sévère durant toute la période la plus difficile, de 1997 à 2001. Il était plausible qu'au début (1996-97) la symptomatologie ait été temporairement sévère, puis se soit atténuée au point de permettre une reprise du travail à 50% en juillet 1998. Sur cette base, on peut penser que la qualification de dépression moyenne convient probablement mieux que celle de sévère à l'état de la recourante de 1998 à 2001. Entre août 2001 et novembre 2004, la dépression avait dû continuer à s'améliorer légèrement, puisque le Dr N_____ n'avait pas été suffisamment convaincu par les symptômes dépressifs pour en faire un diagnostic. Actuellement, il n'y avait plus de dépression clinique. Selon la recourante, cet état remontait à l'été 2008 et était fortement lié à l'amélioration de ses capacités auditives apportée par le nouvel appareillage reçu en 2007. En résumé, l'expert a considéré que la recourante avait présenté de 1997 à 2008 un épisode dépressif persistant, qui avait pu être sévère au début des troubles, puis moyen de juillet 1998 à août 2001, puis léger à moyen jusqu'en juillet 2008, date à laquelle la dépression était complètement amendée. Il a relevé que la recourante ne présentait pas d'incapacité de travail pour motifs psychiatriques, mais que ses constatations objectives permettaient de considérer que malgré son appareillage auditif performant, elle était encore gênée dans les relations verbales, même dans un milieu calme et silencieux et avec un seul interlocuteur, comme cela avait été le cas lors de l'expertise. La surdité entraîne deux limitations qui altèrent le rendement professionnel: le handicap de compréhension dû à la surdité, qui ralentit toutes les interactions et amène par exemple l'expertisée à favoriser les communications écrites, et le trouble cognitif léger (lenteur, fatigabilité intellectuelle) imputable aux efforts de concentration à fournir quotidiennement dans les relations avec les autres, que ce soit sur le plan professionnel ou privé. Le Dr Q_____ était d'avis que la baisse du rendement concernait aussi en partie la partie administrative de l'activité professionnelle (contacts avec les médecins et réception téléphonique). Si l'expert ne s'est pas prononcé sur une incapacité de travail due aux troubles auditifs, il lui

A/3224/2008 - 14/27 - paraissait néanmoins raisonnable d'estimer à 20% la diminution du rendement professionnel imputable au trouble cognitif léger indirectement dû à la surdité, qui devrait être majorée s'il persistait une incapacité de travail imputable à la surdité proprement dite. Dans ce cas, celle-ci devrait être majorée de 5% seulement, du fait du cumul avec le trouble cognitif dont les effets sont partiellement semblables. S'agissant de la capacité de travail de juillet 1997 à juillet 2008, l'expert a retenu que la recourante avait

souffert, en plus du trouble cognitif léger, d'une dépression durable de degré moyen puis léger de sorte que de juillet 1998 à juillet 2008, l'incapacité de travail strictement due au trouble ORL avait été majorée d'un facteur de 10% imputable aux troubles psychiques (dépression et trouble cognitif léger). De ce fait l'incapacité globale peut être estimée, pour cette période, à 60% dans l'activité habituelle. S'agissant de la réorientation professionnelle de la recourante, qui avait repris la pratique de la physiothérapie classique en raison de ses troubles auditifs, la motivation de ce changement de pratique semblait plausible à l'expert, qui a ajouté qu'une réadaptation dans une activité ne sollicitant pas l'ouïe, pour autant qu'elle existe, paraissait irréaliste. Les diagnostics posés étaient ceux d'épisode dépressif persistant de 1997 à 2008, de gravité dégressive (sévère, puis moyen puis léger) et actuellement trouble cognitif léger (F06.7). La survenance de l'incapacité durable (diminution de 20% au moins,) datait de juillet 1997.

E. 29

Dans un avis du 26 novembre 2010, la Dresse R_____ a relevé que le Dr Q_____ retenait des limitations fonctionnelles sur le plan auditif seulement. Se référant à l'avis du Dr P_____ du 1er février 2005 qui évoquait une incapacité de travail de 50 % dans un métier avec contacts mais une capacité de travail entière dans une activité adaptée, la Dresse R_____ en a déduit que les conclusions du Dr P_____ restaient valables.

E. 30

Par déterminations du 29 novembre 2010, l'intimé s'est rallié à l'avis de la Dresse R_____ et a persisté dans ses conclusions.

E. 31

La recourante s'est également déterminée sur l'expertise par courrier du 14 décembre 2010. Elle a considéré le rapport de l'expert comme objectif et décrivant bien sa réalité présente et passée, et rappelle qu'elle a contesté l'enquête économique en se référant aux arguments sur la modification du revenu liée aux changements de tarification intervenus dans sa profession.

E. 32

Copie de cette écriture a été adressée à l'intimé par pli du 15 décembre 2010.

E. 33

Par courrier du 1er mars 2011, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre en œuvre un complément d'expertise à confier aux Drs Q_____ et O_____. Elle a relevé que si l'expertise réalisée par le Dr Q_____ paraissait précise et bien documentée, ses conclusions reposaient essentiellement sur une incapacité de travail justifiée par les troubles auditifs

A/3224/2008 - 15/27 - diagnostiqués par le Dr O_____. Or, ces troubles avaient évolué, de sorte qu'il était nécessaire de déterminer leur incidence sur la capacité de travail depuis la dernière expertise ORL. Elle leur a imparti un délai pour se déterminer sur le choix des experts et les questions à leur poser.

E. 34

Par courrier du 24 mars 2011, l'intimé a déclaré n'avoir ni motif de récusation à l'encontre des experts ni question complémentaire à leur poser.

E. 35

Par ordonnance d'expertise du 30 mars 2011, la Cour de céans a confié un complément d'expertise aux Drs O _____ et Q _____. Elle a notamment chargé le premier de déterminer si l'état de santé de la recourante s'était modifié du point de vue auditif depuis l'expertise de décembre 2004, et a également requis de ces médecins qu'ils déterminent de manière consensuelle quelle avait été l'évolution la capacité de travail de la recourante dans son activité professionnelle antérieure et dans une activité de physiothérapeute classique depuis 1998.

E. 36

Conformément à l'ordonnance, le Dr O _____ a examiné l'assurée en date du 10 mai 2011. Le Dr Q _____ a quant à lui indiqué qu'en l'absence d'indice d'évolution des troubles psychiques de la recourante, il n'avait pas considéré nécessaire de la revoir. Les experts ont rendu leur rapport en date du 29 août 2011. Après avoir complété l'anamnèse, le Dr O _____ a souligné qu'il avait revu la recourante depuis sa première expertise en avril et juin 2007 à l'occasion du renouvellement de son appareillage auditif, et qu'il l'examinait régulièrement depuis avril 2010 en raison d'une dégradation progressive de l'audition avec une modification des acouphènes préexistants. L'expert ORL a réalisé un audiogramme tonal établissant une perte auditive de 87,3% des deux côtés et un audiogramme vocal, révélant que seulement 10% à droite et 20% à gauche des mots monosyllabiques étaient perçus à 100 dB. La recourante se plaignait de grandes difficultés à comprendre une conversation dans un groupe, raison pour laquelle elle n'avait gardé que quelques mandats d'enseignement des techniques psychocorporelles. Depuis 2008, elle souffrait d'un deuxième type d'acouphène, sous forme de vrombissement, et depuis 2009 d'un troisième acouphène sous forme de mélodie, qui faisait actuellement l'objet d'investigations cliniques. Dans le cadre de sa formation continue obligatoire dans sa profession de physiothérapeute, elle pouvait comprendre les conférences grâce à un dispositif avec micro sur l'enseignant, mais ne pouvait participer aux exercices pratiques car elle n'arrivait pas suivre les consignes. Au terme de son examen, le Dr O _____ a fait état d'une dégradation de l'audition extrêmement sévère depuis 2004, avec une quasi absence de compréhension. Il a exposé que les prothèses auditives n'étaient que des amplificateurs ne restaurant pas la perte de la sélectivité fréquentielle qui permet de faire cette différence entre consonnes et voyelles. La dégradation actuelle de

A/3224/2008 - 16/27 - l'audition de la recourante était telle qu'elle ne parvenait à comprendre une conversation que dans une ambiance très calme, avec un seul interlocuteur en face d'elle lui parlant relativement lentement en articulant bien. La conversation était mieux comprise si la recourante pouvait lire sur les lèvres. Le Dr O _____ a posé le diagnostic de presbyacousie accompagnée d'acouphènes (H 91.1 - H 93.1), en soulignant que l'origine exacte de la surdité restait indéterminée. S'agissant des activités lucratives adaptées aux troubles auditifs de la recourante, le Dr O _____ a conclu qu'il n'y avait pas d'autre activité à envisager que celle exercée par la recourante, et qu'il paraissait totalement irréaliste d'exiger une autre activité ne sollicitant pas autant l'ouïe. Il a souligné que la recourante avait acquis une formation très poussée dans le domaine des approches psychocorporelles. Lorsque sa perte auditive ne lui avait plus permis d'exercer correctement cette activité, elle l'avait abandonnée au profit de la physiothérapie classique. Il n'y avait pas lieu d'envisager une autre formation, et le Dr O _____ a souligné les difficultés de dialogue et de compréhension de la recourante, dont les prothèses ne permettaient pas une

compréhension correcte. Partant, le taux d'activité actuel de 50 % était justifié, et permettait à la recourante d'avoir une période de récupération dans le calme entre deux patients. Il a rappelé que le Dr Q_____ avait estimé à 20 % la diminution du rendement professionnel imputable au trouble cognitif léger indirectement dû à la surdité, et que ce trouble cognitif augmenterait de 5 % une éventuelle incapacité de travail imputable à la surdité proprement dite. Les experts ont conclu de concert que la recourante avait souffert de juillet 97 à juillet 2008, en plus du trouble cognitif léger, d'une dépression durable de degré moyen puis léger, dépression en partie induite et entretenue par la surdité. Durant cette période, l'incapacité de travail strictement due au problème ORL avait été majorée d'un facteur de 10% imputable au trouble psychique (dépression et trouble cognitif léger). De ce fait, l'incapacité totale pouvait être estimée, pour cette période, à 60% de l'activité habituelle. Par la suite, le problème dépressif s'était résolu au plus tard à l'été 2008. En revanche, la perte auditive n'avait fait que progresser depuis 2007 ou 2008 avec actuellement une surdité qualifiée de très sévère. Pour cette dernière période, l'incapacité de travail était de 50% en raison des troubles auditifs aggravés par les troubles psychiques. La majoration due au cumul des limitations strictement ORL (presbycusie) et psychiques (trouble dépressif et trouble cognitif) pouvait être estimée à 10% jusqu'en juillet 2008, et à 5% à partir d'août 2008. Globalement, l'incapacité de travail avait donc été de 60% jusqu'en juillet 2008, et était de 55% depuis, pour une durée indéterminée. Les experts ont souligné que les troubles psychiques, comprenant les troubles cognitifs, avaient certes été provoqués puis entretenus par l'atteinte ORL, mais ils ne se confondaient pas les problèmes auditifs, et faisaient l'objet d'un diagnostic séparé figurant dans le chapitre des troubles mentaux de la Classification internationale des maladies (CIM-10). Le Dr Q_____ avait d'ailleurs décrit en détail la nature du trouble cognitif dans son expertise du 3 novembre 2010. Les experts ont encore ajouté que

A/3224/2008 - 17/27 - le pronostic était très réservé sur le plan ORL, car il fallait s'attendre à une disparition complète de l'audition que seul un implant cochléaire permettrait de restaurer partiellement.

E. 37

Par courrier du 5 octobre 2011, la recourante a indiqué qu'elle n'avait rien à ajouter au complément d'expertise, qui correspondait parfaitement à sa situation.

E. 38

Dans son avis du 4 octobre 2011, la Dresse R_____ s'est étonnée que le Dr O_____ soit intervenu en tant qu'expert alors qu'il était le médecin de la recourante. S'agissant des conclusions des experts, elle s'est notamment exprimée comme suit: "L'expert retient une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle sans autres activités et de concert avec le Dr Q_____, il est décidé de retenir une diminution de 20 % , liée aux troubles cognitifs légers indirectement dus à la surdité. Il retient même la majoration de 5 % du fait du cumul de la surdité et du trouble auditif. Habituellement, les affections ne s'additionnent pas. [...]. Les calculs effectués en page 9 sont incompréhensibles et ne répondent pas à ce qui est habituel en matière d'expertise. Par ailleurs, le rendement étant une mesure, il est difficile pour les médecins de se prononcer et il serait plutôt souhaitable de voir ce que l'assurée peut faire dans son poste de travail plutôt que de faire des calculs savants qui ne ressemblent à rien, avec une incapacité de travail de 60 % jusqu'en juillet 2008 et puis de 55 % depuis juillet 2008, qui ne repose pas sur des faits

scientifiquement prouvés. Une évaluation de son poste de travail et de son rendement serait beaucoup plus profitable. [...] Ce médecin a en outre exigé que le Dr Q_____ rende un rapport d'expertise, afin qu'elle puisse juger les dires qu'il a reproduits par l'intermédiaire du Dr O_____.

E. 39

L'intimé s'est déterminé sur le complément d'expertise par courrier du 26 octobre 2011. Se référant à l'avis du SMR, il a demandé de donner suite aux requêtes de la Dresse R_____.

E. 40

Copie de ce courrier a été adressé à la recourante le 28 octobre 2011.

E. 41

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 1. Jusqu'au 31 décembre 2010, conformément à l'art. 56 V al. 1 a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait,

A/3224/2008 - 18/27 - 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229, consid. 1.1). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71, consid. 6b). Les modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Il y a cependant lieu de relever que 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). Les dispositions de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852), sont régies par le même principe. S'agissant des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, cette nouvelle n'a pas amené de modifications substantielles s'agissant de l'évaluation du taux d'invalidité (Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4322). En l'espèce, la décision litigieuse, datée du 15 juillet 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 et du 6 octobre 2006 (4ème et 5ème révisions). Cependant, les faits pertinents remontent à l'année 1999, date de la demande de rente déposée par la recourante. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une

rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002, et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des

A/3224/2008 - 19/27 - modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445, consid. 1). 3. Le recours, interjeté dans les forme et délai légaux, est recevable (art. 38 al. 3 et 56 à 61 LPGA). 4. La question litigieuse porte sur le degré d'invalidité de la recourante, et sur son droit à une rente d'invalidité dès le 1er juillet 1998. Il convient de souligner que la recourante a admis dans son écriture du 9 septembre 2008 qu'elle ne devait pas bénéficier d'une rente pour l'avenir. Cependant, aux termes de l'art. 61 let. d LPGA, le tribunal n'est pas lié par les conclusions des parties; il peut réformer, au détriment du recourant, la décision attaquée ou accorder plus que le recourant n'avait demandé; il doit cependant donner aux parties l'occasion de se prononcer ou de retirer le recours. En l'espèce, l'intimé a eu l'occasion de se déterminer sur les conclusions des experts. 5. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré avait droit à une rente entière s'il était invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins ; dans les cas pénibles, l'assuré pouvait, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il était invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'assuré avait droit à une rente entière s'il était invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il était invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il était invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il était invalide à 40% au moins. 6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à

A/3224/2008 - 20/27 - 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 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves consacré à l'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 convient 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 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) 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 351, consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

A/3224/2008 - 21/27 - e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d). 7. S'agissant des expertises réalisées, la Cour de céans ne reviendra pas sur les motifs qui l'ont conduite à s'écarter des conclusions du Dr N_____ et la valeur probante à accorder à la première expertise du Dr O_____, ces points ayant déjà été développés dans l'ordonnance d'expertise du 4 août 2010. Il convient cependant d'analyser la valeur probante que revêt l'expertise réalisée par le Dr Q_____ et le Dr O_____ à la lumière des considérants qui précèdent. Le Dr Q_____ a pris connaissance du dossier médical de la recourante et a établi une anamnèse complète. Il s'est également longuement entretenu avec la recourante. Il a motivé de manière détaillée les raisons qui le poussaient à s'écarter des conclusions prises par ses confrères, les Drs L_____ et N_____. L'expert conclut à une incapacité de travail de 60 % de juillet 1998 à juillet 2008, en tenant compte des facteurs psychiques s'ajoutant à ses troubles auditifs. Dans la mesure où l'incapacité de travail retenue par l'expert est partiellement imputable aux troubles auditifs - atteintes qui ne relèvent pas son domaine de compétence - et que ceux-ci ont évolué depuis la dernière expertise ORL de 2005, un complément d'expertise a été confié au Dr O_____, que la Cour de céans a chargé d'établir la capacité de travail de concert avec l'expert psychiatre. On ajoutera que le fait que les conclusions du Dr

Q _____ n'aient pas été suffisantes pour établir l'incapacité de gain de la recourante, dans la mesure où elles se fondaient notamment sur ses troubles auditifs, n'ôte pas toute valeur probante à son expertise. En effet, la jurisprudence n'interdit pas de reconnaître une pleine valeur probante à un document médical et d'en écarter une conclusion sur un point précis (ATF I 1091/06 du 27 novembre 2007, consid. 4). Le rapport établi en complément à l'expertise satisfait pleinement aux requisites jurisprudentiels développés ci-dessus, et revêt dès lors une pleine force probante. Le Dr O _____ a pris connaissance du dossier médical de la recourante dont il a complété l'anamnèse et relaté les plaintes. Il a également réalisé des tests cliniques. De plus, les conclusions communes du Dr Q _____ et de l'expert

A/3224/2008 - 22/27 - ORL sont claires et motivées. Ces deux médecins ont en effet pris la peine d'exposer les motifs qui les poussaient à écarter certaines conclusions des médecins du SMR. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette estimation. En particulier, on ne peut suivre le Dr P _____ et la Dresse R _____ lorsqu'ils affirment que la capacité de travail de la recourante est de 90 % au moins dans une activité de physiothérapeute "classique", qui ne sollicite pas l'ouïe. Une telle profession exige par définition des échanges verbaux fréquents, et implique des manipulations lors desquelles le thérapeute ne fait pas toujours face à son patient. A cela s'ajoutent les difficultés dans la gestion administrative du cabinet, par exemple lors de contacts avec les médecins prescripteurs ou pour la prise de rendez-vous. S'agissant d'une autre activité adaptée, le Dr O _____ a bien précisé qu'il n'existait pas d'autre possibilité réaliste pour la recourante de mettre en valeur sa capacité de travail. On rappelle à cet égard que ce spécialiste, dans son courrier du 7 avril 2005, avait certes admis que la recourante disposerait d'une entière capacité de travail dans un milieu calme et une activité ne nécessitant pas de contacts avec des interlocuteurs, mais il a souligné qu'il s'agissait là d'une capacité de travail hypothétique. Il a confirmé dans son complément d'expertise de 2011 qu'une capacité de travail dans une autre activité que celle de physiothérapeute n'était pas réaliste. La Cour de céans observe de plus que la recourante s'est parfaitement conformée à son obligation de réduire le dommage. Elle a en effet abandonné son domaine de spécialisation pour se recentrer sur la physiothérapie classique, pourtant moins bien rémunérée, et a acquis par ses propres deniers des appareils auditifs plus performants que ceux remboursés par l'intimé. Quant aux critiques formulées par la Dresse R _____ dans son avis du 7 octobre 2011, elles appellent les remarques suivantes. S'agissant du fait que le Dr O _____ a également examiné la recourante à d'autres occasions que pour les expertises portant sur sa capacité de travail, il ne s'agit pas d'un fait nouveau puisque c'est à ce spécialiste que l'intimé a fait appel dans le cadre des examens relatifs au renouvellement des moyens auxiliaires. Au demeurant, les conclusions du Dr O _____ sur l'incapacité de travail entraînées par les troubles auditifs de la recourante ne se sont pas modifiées depuis la première expertise réalisée en collaboration avec le Dr N _____, alors qu'il n'avait aucun lien thérapeutique avec la recourante, si bien qu'il n'y a aucun indice permettant de conclure que cet expert n'est pas impartial. L'intimé, qui s'en remet à justice sur ce point, ne l'affirme d'ailleurs pas. Par ailleurs, la Dresse R _____ remet en cause les conclusions des experts, dans des termes dont la virulence surprend. Elle qualifie en effet de "calculs savants qui ne ressemblent à rien" et d'"incompréhensibles" les conclusions des experts sur la capacité de travail de la recourante, dont elle affirme aussi qu'elles ne reposent pas sur des faits scientifiquement prouvés. C'est le lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a considéré, dans le cas d'un expert s'exprimant de manière ironique ou polémique à l'égard du SMR, que de tels éléments étaient

A/3224/2008 - 23/27 - propres à susciter des doutes quant à son impartialité (ATF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 4.2). Ces remarques sont également valables, mutatis mutandis, à l'analyse par un médecin du SMR de la valeur probante d'une expertise. Quant au fond, on comprend mal les critiques de la Dresse R_____. Les conclusions relatives à la capacité de travail sont on ne peut plus claires, puisque les experts l'ont estimée de manière précise à 60 % de juillet 1997 à juillet 2008, puis à 55 % dès cette date. Quant à l'affirmation du médecin du SMR selon laquelle les affections ne s'additionneraient pas, on voit mal sur quoi elle se fonde. Les experts ont d'ailleurs exposé précisément pour quels motifs il y avait lieu de tenir compte tant de l'atteinte auditive que du trouble cognitif. On notera du reste qu'ils n'ont pas procédé à une simple addition de la diminution de rendement de 20 % constatée par le Dr Q_____ et de l'incapacité de 50 % établie par le Dr O_____ (ce qui aboutirait à une incapacité de travail de 70 %) mais qu'ils ont au contraire tenu compte du fait que les effets de ces atteintes se confondent partiellement en retenant une incapacité de travail inférieure à ce taux. Les diagnostics fondant l'incapacité de travail correspondent à des atteintes répertoriées par la CIM-10, de sorte qu'on ne voit pas en quoi celle-ci ne reposerait pas sur des faits scientifiquement prouvés. De plus, les critiques de la Dresse R_____ sur la pertinence d'une mesure du rendement tombent à faux. D'une part, le Dr O_____ ne fait pas état d'une diminution de rendement en tant que telle mais d'une capacité de travail limitée. D'autre part, en alléguant qu'une mesure du rendement in situ serait plus fiable, le SMR perd de vue que selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). S'agissant enfin du fait que le Dr Q_____ n'aurait pas procédé à l'expertise de la recourante, ce grief est à l'évidence erroné puisqu'il a remis un rapport complet en novembre 2010, auquel le Dr O_____ se réfère d'ailleurs, et qu'il a participé à l'élaboration du complément d'expertise dans la mesure exigée par l'ordonnance d'expertise. Compte tenu de ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas de l'estimation de la capacité de travail par les Drs Q_____ et O_____, soit 60 % de juillet 1997 à juillet 2008, puis 55 % dès août 2008 et renoncera, par appréciation anticipée des preuves, aux mesures d'instruction exigées par l'intimé. 8. Il y a donc lieu de calculer le degré d'invalidité en fonction du taux d'incapacité de travail (60 %, puis 55 %). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il

A/3224/2008 - 24/27 - n'était pas invalide (cf. art. 16 LPGA en vigueur depuis le 1er janvier 2003). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. 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 222; ATF 128 V 174). b) En règle générale, lorsque l'assuré exerce une activité, il faut admettre que le gain effectivement réalisé équivaut à une prestation de travail correspondante. La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif en faveur ou en défaveur de l'assuré, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (ATF I 433/01 du 20 mars 2002, consid. 4c; ATF I 320/01 du 10 décembre 2001, consid. 2a). Tel est notamment le cas lorsque le revenu constitue un salaire social, qui ne correspond pas à la prestation de travail de l'assuré (ATF 117 V 8, consid. 2c/aa). On ne saurait non plus se référer exclusivement au revenu soumis à cotisation en vertu de la loi du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS; RS 831.10). Certes, l'art. 25 al. 1 RAI prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n°24 p. 71). S'agissant en particulier du revenu d'invalidité, de jurisprudence constante, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Si l'activité exercée après la survenance de l'atteinte à la santé repose sur des rapports de travail particulièrement stables, qu'elle met pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle exigible et encore que le gain obtenu correspond au travail effectivement fourni et ne contient pas d'éléments de salaire social, le revenu effectivement réalisé constitue en principe le revenu d'invalidité (ATF I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 5.4; ATF 126 V 75, consid. 3b/aa p. 76, ATF 117 V 8, consid. 2c/aa). c) Si l'on ne peut déterminer ou évaluer sûrement le revenu hypothétique sans invalidité et le revenu d'invalidité, il faut, en s'inspirant de la méthode spécifique pour non-actifs (art. 8 al. 3 LPGA; art. 28a al. 2 LAI [pour la période antérieure au

A/3224/2008 - 25/27 - 1er janvier 2008 : art. 28 al. 2bis LAI] et art. 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI; RS 831.201]), procéder à une comparaison des activités et évaluer le degré d'invalidité d'après l'incidence de la capacité de rendement amoindrie sur la situation économique concrète (procédure extraordinaire d'évaluation). La différence fondamentale entre cette procédure et la méthode spécifique réside dans le fait que l'invalidité n'est pas évaluée directement sur la base d'une comparaison des activités; on commence par déterminer, au moyen de cette comparaison, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 29, consid. 1; ATF 104 V 135, consid. 2c). 9. En l'espèce, la comptabilité fournie par la recourante ne permet pas de déterminer clairement le revenu qu'elle tirait de son activité avant son atteinte à la santé, puisqu'elle inclut le revenu de l'activité de son époux. Quant au revenu d'invalidité, il ne peut non plus être établi avec certitude en raison des modifications intervenues dans la facturation et la prise en charge par les assurances des prestations des physiothérapeutes.

Dans la mesure où il s'agit là de facteurs étrangers à l'invalidité susceptibles d'influer sur les revenus réellement perçus par la recourante, ces derniers ne peuvent être retenus comme bases de calcul. L'application par l'intimé de la méthode extraordinaire pour déterminer le degré d'invalidité ne prête donc pas flanc à la critique. Les références aux revenus selon l'ESS 1998 sont également conformes au droit, et les montants correspondants peuvent dès lors être repris dans le présent calcul. En tenant compte d'une incapacité de travail totale de 60 % dans une activité de physiothérapie classique, la méthode extraordinaire d'invalidité conduit au résultat suivant:

a) pourcentage de chaque activité dans l'ensemble des travaux habituels sans atteinte à la santé b) revenu annuel sans atteinte à la santé c) pourcentage exigible après réorganisation d) incapacité de travail dans le champ d'activité e) revenu annuel avec atteinte à la santé

a) b) c) d) e)

Direction 10 6'090 fr. 10 0 6'090 fr. Physiothérapie 70 47'368 fr. 90 60 24'361 fr.

A/3224/2008 - 26/27 - Groupes, méditation, voyages 20 13'534 fr. 0 0 0 fr. Total 100 66'992 fr. 100 30'451 fr.

La comparaison des revenus avant et après atteinte à la santé, en tenant compte de la réorganisation exigible, donne un degré d'invalidité de 54.55 %, qu'il convient d'arrondir à 55 % conformément à la jurisprudence (ATF 130 V 121). Depuis juillet 2008, l'incapacité de travail de la recourante s'est réduite à 55 %. Il s'ensuit donc de recalculer le degré d'invalidité en fonction de cette modification.

a) pourcentage de chaque activité dans l'ensemble des travaux habituels sans atteinte à la santé b) revenu annuel sans atteinte à la santé c) pourcentage exigible après réorganisation d) incapacité de travail dans le champ d'activité e) revenu annuel avec atteinte à la santé

a) b) c) d) e)

Direction 10 6'090 fr. 10 0 6'090 fr. Physiothérapie 70 47'368 fr. 90 55 27'406 fr. Groupes, méditation, voyages 20 13'534 fr. 0 0 0 fr. Total 100 66'992 fr. 100 33'496 fr.

La comparaison des revenus avant et après invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 50 %. Compte tenu de ces degrés d'invalidité, la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er juillet 1998. 10. Eu égard aux considérants qui précèdent, le recours sera admis. La recourante, qui obtient gain de cause et a été assistée d'un mandataire pendant une partie de la procédure, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à 1'000 fr. La procédure en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 1'000 fr. sera mis à la charge de l'intimé.

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

A/3224/2008 - 27/27 - Statuant A la forme :

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