

## **GE\_GERICHTE ATAS/353/2013 vom 16. April 2013**

GE Cour de justice, 2013-04-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_353\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_353_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/353/2013 du 16 avril 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/353/2013 del 16 aprile 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

L'assurée a déposé une demande de prestation d'invalidité le 12 novembre 2001. Selon l'avis du 10 décembre 2001 du Dr A\_\_\_\_\_, généraliste, l'assurée souffre d'un syndrome vertébral dorsolombaire, de fibromyalgie, de gonalgies bilatérales à prédominance droite, d'un état dépressif et d'obésité depuis septembre 2000. L'incapacité de travail qui était réduite à 25% suite à l'accident est à nouveau de 50%, depuis le 6 décembre 2000, à raison de 25% en lien avec l'accident et 25% pour cause de maladie. L'assurée poursuit son travail à 50%, avec difficulté mais il serait illusoire de trouver un autre travail, la patiente ne sachant ni lire, ni écrire. Selon l'avis du 22 juillet 2002 du Dr B\_\_\_\_\_, psychiatre, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne avec syndrome somatique, d'agoraphobie avec trouble panique, outre les troubles somatiques, et ce depuis septembre 2000, impliquant une incapacité de travail de 50%.

#### **E. 5**

Selon l'expertise du 21 mai 2001 du Dr C\_\_\_\_\_, rhumatologue, l'assurée souffre d'obésité, d'un syndrome post-traumatique avec syndrome somatoforme douloureux, de gonalgie droite probablement post-traumatique, mais si l'expertise psychiatrique ne retient rien de particulier, une reprise du travail à 100% devrait être exigée. Selon l'expertise psychiatrique du 10 septembre 2001 du Dr D\_\_\_\_\_, psychiatre, effectuée à la demande de l'assureur perte de gain maladie, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne à sévère, avec syndrome somatique ainsi que d'une agoraphobie avec trouble panique impliquant une incapacité de travail de 50%.

A/2800/2012 - 3/15 -

#### **E. 6**

Le SMR a conclu, le 5 octobre 2002, que l'assurée présentait une pleine capacité de travail sur le plan ostéoarticulaire, mais une incapacité de travail de 50% dans toutes les activités, sur le plan psychiatrique.

#### **E. 7**

Par décision du 1er avril 2003, l'assurée est mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès le 1er septembre 2001.

#### **E. 8**

L'assurée a continué à travailler à 50% au sein de l'entreprise X\_\_\_\_\_, à raison de 20,75 heures, pour un salaire de 1'775 fr.

#### **E. 9**

Lors de la révision entreprise en novembre 2004, la demi-rente est confirmée, sur la base des rapports médicaux des Dr A\_\_\_\_\_ et B\_\_\_\_\_ qui indiquent que l'état est stationnaire, que la capacité de travail reste de 50% dans toute activité, le pronostic étant mauvais.

#### **E. 10**

L'entreprise X\_\_\_\_\_ a été reprise dès le 1er février 2007 par l'entreprise Z\_\_\_\_\_ et l'assurée a continué à y travailler en qualité de nettoyeuse. Elle est incapable de travailler à 100% depuis le 17 mai 2008.

#### **E. 11**

L'assurée a déposé une demande de révision de la rente le 15 juin 2009, en raison d'une aggravation de son état de santé. Le Dr E\_\_\_\_\_, son généraliste depuis avril 2009, atteste d'une totale incapacité de travail, pour des raisons essentiellement physiques, soit des lombalgies sur troubles dégénératifs, un canal lombaire étroit, une discopathie L4-L5 et L5-S1, avec comme facteur aggravant une obésité morbide (BMI 41), qu'elle est incapable de diminuer par un manque d'activité dû aux lombalgies et en raison des troubles psychiques. L'aggravation concerne les lombosciatalgies gauches et l'état dépressif. L'assurée est totalement incapable de travailler depuis le 16 mai 2008. Le scanner lombaire du 22 février 2008 montre une discopathie L4-L5 et L5-S1, avec protrusion discale circonférentielle, un canal lombaire étroit d'origine mixte, modéré, sans image nette de hernie discale ou de signe de compression radiculaire. Le Dr B\_\_\_\_\_ atteste, quant à lui, que la situation est restée stable durant des années mais qu'en octobre 2007, sa patiente a appris que l'un de ses frères avait fait des attouchements sur sa fille, lorsque celle-ci restait au Portugal, il y a fort longtemps, cette nouvelle l'ayant beaucoup bouleversée, de sorte que son état clinique a alors commencé à s'aggraver. L'état dépressif s'est progressivement aggravé, de même que la fibromyalgie. Le Dr B\_\_\_\_\_ précise fin juin 2009 que le certificat médical d'arrêt de travail avait été accordé par le médecin de famille et qu'il en a déduit que la principale aggravation était somatique. Il confirme qu'il a constaté une aggravation du point de vue psychique dès le début 2008 et notamment à partir de 2009. L'agoraphobie avec des troubles panique est toujours présente. Il constate une lenteur de plus en plus importante, une difficulté de communication qui s'intensifie, un syndrome douloureux de plus en plus floride, la patiente est refermée sur elle-même et montre peu d'intérêt pour les activités habituelles de la vie quotidienne. Le

A/2800/2012 - 4/15 - trouble dépressif récurrent connaît des épisodes dont l'intensité oscille entre moyen à sévère, impliquant une incapacité de travail totale depuis le 17 mai 2008.

#### **E. 12**

L'assurée a été soumise à une expertise multidisciplinaire - rhumatologique, psychiatrique et neurologique - auprès du Centre d'expertises médicales, confiée aux Drs H\_\_\_\_\_, médecin-chef adjoint, J\_\_\_\_\_, rhumatologue, l'appréciation psychiatrique ayant été confiée à la Dresse F\_\_\_\_\_ et l'examen neurologique ayant été effectué par le Dr I\_\_\_\_\_. Selon leur rapport du 10 mai 2010, les experts retiennent, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission incomplète, correspondant à une dysthymie (F33.4), des lombosciatalgies gauches chroniques sur protrusion discale L4-L5 et L5-L6 avec canal lombaire étroit d'origine mixte sans atteinte neurologique et, sans répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies, un syndrome de tunnel carpien et un trouble douloureux somatoforme persistant (F45.4).

Du point de vue somatique, l'examen neurologique est dans la norme, l'influence du canal lombaire sur les symptômes est peu significative. La discopathie protrusive ne présente pas de conflit disco-radulaire. Le tableau clinique évoque surtout un syndrome douloureux chronique, en raison de la présence de douleurs diffuses, dépassant la région lombaire, l'observation de troubles neurologiques atypiques et la présence de signes de Waddell tous positifs. En résumé, l'activité de femme de ménage à 50% est compatible avec les constatations rhumatologiques retenues, les limitations dans le port de charges et les positions trop contraignantes pour le rachis lombaire étant respectées. Sur le plan psychiatrique, l'expert estime que l'assurée a connu un trouble dépressif récurrent fluctuant entre moyen à léger et moyen à sévère, ainsi qu'une agoraphobie avec troubles panique, avec un traitement qui a eu un bon effet. C'est suite à la découverte des violences et sévices sexuels auxquels a été exposée sa fille que l'expertisée, en 2008, a rechuté sur le plan dépressif et anxieux. Elle présente lors de l'expertise des signes de culpabilité, de manque de confiance avec quelques symptômes anxieux et dépressifs résiduels, correspondant plutôt à une dysthymie qu'à un trouble dépressif d'une quelconque intensité. Le diagnostic d'agoraphobie n'est plus maintenu, car les symptômes ont disparu. Après une entrevue de consensus, les experts concluent que la capacité de travail de l'expertisée était de 50% jusqu'en mai 2008, puis de 100% jusqu'en janvier 2010, une capacité de 50% étant alors à nouveau justifiée en raison de l'amélioration de l'état psychique. Sur le plan somatique, l'intensité des plaintes débordent largement de l'atteinte qui reste modérée.

#### **E. 13**

Le SMR a conclu le 5 juin 2010 que l'assurée avait présenté une aggravation de son état de santé avec, par la suite, une amélioration, puisque selon l'expert, l'état dépressif est en rémission incomplète, la capacité de travail étant de 50% du 6 septembre 2000 au 16 mai 2008, de 100% du 17 mai 2008 au 31 décembre 2009 et à nouveau de 50% dès le 1er janvier 2010. Le 13 mars 2010, l'assurée a fait une

A/2800/2012 - 5/15 - chute dans les escaliers avec une contusion du pouce droit et du côté droit du corps, qui sont sans effet sur la capacité de travail au-delà de septembre 2010.

#### **E. 14**

En arrêt de travail depuis mai 2008, l'assurée a été licenciée avec effet au 31 octobre 2010. Après le paiement de 720 jours d'indemnités perte de gain maladie, l'entreprise Z\_\_\_\_\_ a pris en charge le salaire jusqu'à fin octobre 2010, sans que l'assurée reprenne son activité, afin de tenir compte de son ancienneté et de son engagement au sein de l'entreprise.

#### **E. 15**

Par projet du 5 juillet 2011, l'OAI a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er août 2008, soit trois mois après l'aggravation constatée jusqu'au 1er avril 2010, soit trois mois après l'amélioration, date à partir de laquelle la demi-rente est rétablie.

#### **E. 16**

L'assurée a fait valoir le 7 juillet 2011 que, contrairement au projet de décision, elle n'avait repris aucune activité professionnelle, l'entreprise Z\_\_\_\_\_ ayant accepté de continuer à la rémunérer uniquement pour la remercier de ses 20 ans d'activité dans l'entreprise. Elle a joint une attestation du 7 juillet 2011 du Dr E\_\_\_\_\_ rappelant que sa patiente n'a jamais repris le travail depuis mai 2008, étant suivie par son psychiatre et lui-même.

#### **E. 17**

Par décision du 10 juillet 2012, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er août 2008 au 31 mars 2010, puis une demi-rente d'invalidité.

#### **E. 18**

L'assurée a formé recours le 13 septembre 2012. Elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1er avril 2010, préalablement à son audition et à celle de la Dresse F\_\_\_\_\_ et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, sous l'angle rhumatologique et psychiatrique. En substance, elle fait valoir qu'il ne ressort pas des éléments du dossier qu'elle aurait connu une amélioration significative de son état de santé, après que l'OAI lui ait reconnu une totale incapacité de travail dès le 1er août 2008. Elle conteste la valeur probante de l'expertise effectuée. Elle relève des erreurs dans l'anamnèse psychiatrique (activité de femme de ménage depuis 20 ans au lieu de 10, aggravation de l'état de santé fin 2007 et non pas en 2008). L'expert psychiatre ne procède pas à une analyse complète du dossier mais conclut, de façon divinatoire, que le trouble dépressif récurrent de grande sévérité s'est nettement amendé, ce qui est en contradiction avec les constatations et conclusions des médecins-traitants, mais également avec les constatations de l'experte elle-même. D'ailleurs, son évaluation psychiatrique s'apparente plutôt à une thèse générale et abstraite sur l'efficacité globale d'un traitement appliqué qu'à une analyse concrète des éléments du dossier médical, des données subjectives et des examens cliniques. Finalement, l'expertise ne tire aucune conséquence concrète sur le taux d'incapacité de travail du diagnostic de lombosciatalgie et canal lombaire étroit, les experts étant incohérents en limitant l'incapacité de travail à 50%, alors qu'une telle incapacité se

A/2800/2012 - 6/15 - justifie déjà du point de vue psychiatrique et que, de surcroît, les limitations somatiques entraînent aussi une incapacité de travail de 50%.

#### **E. 19**

L'OAI a produit sa réponse le 15 octobre 2012. Il conclut au rejet du recours. L'expertise a pleine valeur probante, car elle est basée sur une étude circonstanciée, des examens complets et a pris en compte les plaintes de la patiente. Les éventuels avis divergents des médecins-traitants ne procèdent que d'une analyse différente d'un même état de fait, en faisant une appréciation de la situation plus favorable à l'égard de leur patiente, étant relevé que le Dr E\_\_\_\_\_ avait mentionné une reprise du travail de l'assurée à 100% dans son avis du 13 septembre 2010, suite à l'accident ayant impliqué une contusion du pouce. Les reproches de la recourante quant aux prétendues erreurs faites dans l'anamnèse psychiatrique sont contestés et sont fondés sur les pièces du dossier. Le contenu de l'expertise et ses conclusions sont convaincantes et il ne s'agit pas d'additionner les degrés d'incapacité de travail somatiques et psychiatriques, l'incapacité étant appréciée pour l'ensemble des handicaps retenus à 50% par les experts. Il est donc inutile de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire.

#### **E. 20**

L'assurée a produit un rapport médical du 19 novembre 2012 du Dr E\_\_\_\_\_ d'une part, indiquant que tant lui-même que le Dr B\_\_\_\_\_, estiment que l'assurée est totalement incapable de travailler. Il relève que l'expertise date de deux ans, qu'elle ne tient pas compte de l'évolution clinique dans le temps et du contexte personnel de vie du patient, tel que l'observe le médecin-traitant sur plusieurs années, ce dernier restant le meilleur juge. Dans l'ensemble, il adhère aux conclusions des experts psychiatriques, rhumatologiques et neurologiques, isolément par spécialités, sous deux réserves. Il réfute les constatations du

psychiatre qui retient une dysthymie, car il s'agit d'une réelle dépression et estime que le syndrome douloureux somatoforme a des conséquences sur le plan familial et social, dont également sur la capacité de travail. Du point de vue rhumatologique, les conclusions sont vagues, l'influence du canal lombaire étroit sur les douleurs du membre inférieur gauche est banalisée et l'expert aurait dû demander un bilan radiologique des genoux et des hanches, dont les pathologies arthrosiques sont douloureuses. L'expertise a omis d'inclure dans les diagnostics l'obésité morbide, qui est un handicap majeur chez quelqu'un que l'on veut faire travailler à 50% comme femme de ménage. Il manque ainsi une vision globale de l'expertise, chaque expert concluant de son côté. L'assurée a travaillé physiquement dès l'enfance et durant toute sa vie, de sorte que son corps et son mental peuvent être usés.

#### **E. 21**

L'OAI a dupliqué le 18 décembre 2012 et a derechef conclu au rejet du recours, sur la base de l'avis du SMR du 13 décembre 2012. Les considérations du Dr E\_\_\_\_\_ ne sont pas susceptibles de modifier les précédentes conclusions du SMR du 6 juin 2010. Le médecin-traitant tient compte de critères dont l'AI n'a pas à répondre (travail chez le jeune âge et corps usé). L'aggravation mentionnée par le médecin-traitant est postérieure à la décision querellée. La quantification finale des

A/2800/2012 - 7/15 - limitations de la capacité de travail et de rendement de l'expertise a été décidée lors d'une conférence de consensus ayant réuni tous les médecins qui ont expertisé l'assurée. Le canal lombaire étroit a été retenu comme atteinte incapacitante par les experts et bien que l'assurée ait connu une aggravation de son état psychiatrique, lors de l'expertise, l'examen clinique constaté par l'expert correspondait à une dysthymie, de sorte que les conclusions de l'expertise peuvent être suivies.

#### **E. 22**

L'assurée a encore produit le rapport médical du 22 janvier 2013 du Dr E\_\_\_\_\_ qui se prononce sur l'avis du SMR du 13 décembre 2012. Il rappelle que le diagnostic de dysthymie ne peut pas être retenu, car il s'agit d'un trouble limité dans le temps à raison de deux ans, alors qu'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère avait déjà été constaté et retenu par l'OAI en 2002. Il estime que le canal lombaire étroit est incompatible avec l'activité de femme de ménage et rappelle que le diagnostic d'obésité n'a pas été retenu. L'assurée persiste donc, le 1er février 2013, à exiger une expertise multidisciplinaire.

#### **E. 23**

Le Dr B\_\_\_\_\_ a répondu le 19 février 2013 aux questions de la Cour. Il a vu sa patiente 7 fois en 2008 (de mai à décembre), 16 fois en 2009, 11 fois en 2010, 7 fois en 2011, 8 fois en 2012 et 1 fois en 2013. L'état de santé de sa patiente s'est aggravé début 2008 et l'assurée présentait alors une incapacité de travail à 100% jusqu'à l'amélioration clinique intervenue début 2010. S'agissant de l'expertise du 10 mai 2010, il ne partage pas les diagnostics de l'expert psychiatre, mais ceux retenus par le Dr D\_\_\_\_\_ qui ont justifié une rente à 50% dès le 1er septembre 2001. Par contre, il est d'accord avec l'experte s'agissant de l'aggravation de l'état et de l'incapacité de travail limitée dans le temps, mais il estime que l'aggravation a débuté quelques mois auparavant, soit début 2008. Il est également d'accord avec l'experte sur le fait que l'état clinique du point de vue psychiatrique correspond actuellement à une incapacité de travail de 50%.

#### **E. 24**

Les parties ont été informées que la cause était gardée à juger le 19 mars 2013 et qu'elles avaient la possibilité d'ici là de se déterminer.

#### **E. 25**

L'OAI a maintenu ses conclusions le 4 mars 2013 et produit l'avis du SMR selon lequel le Dr B \_\_\_\_\_ partage le point de vue du SMR s'agissant de la capacité de travail de l'assurée à 50% et que l'avis du Dr G \_\_\_\_\_ n'est pas motivé.

#### **E. 26**

L'assurée a persisté dans ses conclusions le 18 mars 2013.

#### **E. 27**

Sur ce, 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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des

A/2800/2012 - 8/15 - contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 5. Le litige porte sur l'amélioration de l'état de santé de l'assurée dès le 1er janvier 2010 et sa capacité de travail dans une activité adaptée depuis lors et, singulièrement, sur le droit de l'OAI de réduire la rente entière d'invalidité octroyée du 1er août 2008 au 31 mars 2010 à une demi-rente dès le 1er avril 2010.

A/2800/2012 - 9/15 - 6. a) 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), respectivement. 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 ; ATF non publié 9C\_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2). b) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. 7. a) 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). b) 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. 28 al. 2 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

A/2800/2012 - 10/15 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 8. a) 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). 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). Par contre, s'ils font état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés

A/2800/2012 - 11/15 - dans le cadre des expertises menées et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions des experts, il convient alors d'ordonner une expertise judiciaire le cas échéant (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). c) 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on

A/2800/2012 - 12/15 - s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

A/2800/2012 - 13/15 - 10. En l'espèce, l'expertise effectuée par les Drs H \_\_\_\_\_, médecin, J \_\_\_\_\_, rhumatologue, I \_\_\_\_\_, neurologue et F \_\_\_\_\_, psychiatre, peut se voir accorder pleine valeur probante. Elle repose sur un examen de la recourante sur les trois plans et sur l'étude de son dossier médical. L'anamnèse est détaillée et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'expertise est en outre bien motivée. Enfin, les trois experts ont quantifié les limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement lors d'une conférence de consensus. Sur le plan somatique, la recourante n'expose pas en quoi les conclusions de l'expertise seraient contestables et ne produit aucun rapport médical qui préciserait quels éléments auraient été ignorés par les experts. Tout en adhérant aux conclusions des deux experts sur le plan somatique, son médecin-traitant se contente d'affirmer que ceux-ci auraient ignoré les douleurs du membre inférieur gauche en lien avec la canal lombaire, alors que l'expertise porte précisément sur ce point et exclut tout signe neurologique expliquant les douleurs. Il estime que l'obésité de sa patiente aurait dû être prise en compte, alors que cela ne relève pas de l'assurance-invalidité. Au demeurant, les limitations fonctionnelles sont clairement indiquées et les troubles somatiques sont pris en compte assez largement compte tenu du fait qu'une partie des douleurs n'est pas objectivée. Ainsi, du point de vue rhumatologique, il est établi sur la base de l'expertise que la capacité de travail de l'assurée ne s'est pas notablement modifiée. Sur le plan psychiatrique, la recourante reproche d'abord à l'expert une erreur d'anamnèse sans conséquence, s'agissant de la durée de l'activité. Ensuite, elle prétend que l'aggravation de son état psychique daterait de fin 2007 et non pas de 2008. Or, si le Dr B \_\_\_\_\_ indique que l'événement qui a déclenché l'aggravation a eu lieu en octobre 2007, il estime que la péjoration de l'état de santé date de début 2008, et non pas en mai 2008. Or, l'assurée n'a pas consulté son psychiatre de janvier à mai 2008, de sorte que l'on ne saurait s'écarter de l'avis des experts qui admettent une aggravation depuis lors. La recourante affirme enfin que l'expert s'écarterait de l'avis de l'ensemble des médecins, alors que le Dr B \_\_\_\_\_ admet que l'aggravation et l'incapacité ont été limitées dans le temps, l'état de santé de sa patiente s'étant amélioré début 2010. Ainsi, peu importe si ces deux spécialistes divergent quant aux diagnostics, le Dr B \_\_\_\_\_ partageant à cet égard l'avis circonstancié du Dr D \_\_\_\_\_, dans la mesure où ils convergent quant aux conséquences du trouble retenu sur la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, l'expert psychiatre n'a pas retenu une amélioration de l'état psychique de façon divinatoire et il n'y a pas lieu de lui reprocher de motiver son avis, notamment, sur les effets de la médication administrée. Compte tenu de ce qui précède, il ne se justifie pas d'ordonner une expertise judiciaire. Pour finir, la recourante se méprend lorsqu'elle prétend additionner des taux d'incapacité, car les experts estiment globalement la capacité de travail comme étant nulle de mai 2008 à janvier 2010 et de 50% depuis lors en raison de

A/2800/2012 - 14/15 - l'amélioration psychique. De même, le fait que l'expertise date de 2010 n'est pas relevant en l'absence de nouvelle aggravation dument établie du point de vue somatique ou psychiatrique, les considérations générales du Dr E \_\_\_\_\_ concernant l'évolution dans le temps et le contexte personnel étant, le cas échéant, pris en compte dans le cadre du calcul du taux d'invalidité. En conclusion, sur la base de l'expertise, c'est à juste titre que l'OAI a retenu que l'aggravation intervenue en mai 2008 justifiait l'augmentation d'une demi-rente à une rente entière dès le 1er août 2008 seulement. Ensuite, l'amélioration de l'état de santé et la capacité de travail retrouvée à 50% en janvier 2010 doit conduire à une nouvelle appréciation du taux d'invalidité de la recourante dès le 1er avril 2010, soit trois mois plus tard. L'assurée est alors âgée de 55 ans, elle reste capable de travailler dans

le nettoyage à 50%, domaine dans lequel elle a exercé depuis 1984 et dans lequel le temps partiel n'est pas un facteur de réduction du salaire. Ainsi, même en retenant un abattement de 15% (âge, limitations fonctionnelles) sur le salaire à 50%, le taux d'invalidité ne serait que de 58%. C'est ainsi à juste titre que l'OAI a réduit la rente entière à une demi-rente dès le 1er avril 2010. 11. Le recours, mal fondé sera rejeté. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/2800/2012 - 15/15 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES  
SOCIALES : Statuant A la forme :

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