

GE_GERICHTE ATAS/382/2013 vom 22. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_382_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/382/2013 du 22 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/382/2013 del 22 aprile 2013

Erwägungen

E. 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

A/1487/2012 - 16/28 - des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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), sont entrées en vigueur respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012. 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, soit l'évaluation de l'incapacité de travail de la recourante entre le 30 septembre 2003 et le 30 juin 2010, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI applicables pour la période déterminante, étant relevé que les nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATF du 11 juillet 2006 I 249/05).

E. 3

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.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à l'octroi d'une rente d'invalidité pour la période du 1er septembre 2004 au 30 juin 2010, étant constaté que le droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er juillet 2010 est admis par les parties.

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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

A/1487/2012 - 17/28 - traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

E. 6

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-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 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). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'art. 16 LPGA s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative. En vertu de l'art. 28 al. 2bis en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels. Par travaux habituels, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 1ère phrase RAI). En vertu de l'art. 28 al. 2ter LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité. La teneur de l'art. 28 al. 2, 2bis et 2ter LAI est depuis le 1er janvier 2008 celle de l'art. 28a LAI.

A/1487/2012 - 18/28 - Selon la teneur actuelle 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.

E. 7

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité

A/1487/2012 - 19/28 - lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et

l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (OFS) sur la base de statistiques salariales (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).

E. 8

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne

A/1487/2012 - 20/28 - considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 9

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins

traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; ATF non publié I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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

A/1487/2012 - 21/28 - 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). 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).

E. 10

a) En l'espèce, la décision d'octroi de rente d'invalidité du 5 avril 2012 se fonde sur le rapport d'expertise du BREM du 14 juin 2010 et sur l'avis SMR du 11 novembre 2010.

S'agissant de ce dernier avis, lequel a entraîné l'octroi de la rente entière d'invalidité à la recourante dès le 1er juillet 2010, il est admis par les parties. En revanche, la recourante conteste la valeur probante de l'expertise au motif qu'elle contiendrait des inexactitudes et des contradictions avec les diagnostics des médecins traitants et qu'elle ne tiendrait pas compte des avis de ces derniers. Quant à l'intimé, il admet la valeur probante de cette expertise et applique le taux de capacité de travail de la recourante auquel elle conclut, pour la période litigieuse, soit de 2003 à 2010. b) Il convient d'examiner la valeur probante de cette dernière expertise, étant relevé que le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 2 octobre 2008 (ATAS/1101/2008) avait renvoyé le dossier à l'intimé pour, notamment, soumettre les objections des Drs A _____ et G _____ aux experts pour détermination, avec examen préalable de la recourante. Il convient encore de relever que la première expertise du BREM, effectuée en décembre 2007, n'a pas de valeur probante selon l'arrêt précité, au vu des lacunes qui lui ont valu un renvoi à l'intimé avec notamment pour instruction de se prononcer sur les objections des médecins traitants.

E. 11

a) Préalablement, la Cour de céans constate que selon le SMR (avis du 31 août 2011), l'incapacité de travail de 30 % de la recourante évaluée par le BREM en mars 2010 existait déjà depuis 2003. Or, la dernière expertise du BREM retient une baisse de rendement de 30 % dans une activité adaptée, au lieu des 10 % constatés lors de la première expertise, uniquement en raison des processus de déconditionnement de la recourante dans le cadre de

la sédentarité, de l'obésité et des phénomènes sarcophéniques de l'âge. En effet, l'examen objectif est jugé identique, sous réserve d'une poussée congestive arthrosique des mains, et la diminution plus forte du rendement est admise en raison des processus de vieillissement chez une dame ayant atteint la soixantaine (expertise BREM 2010 p. 42 et 47). Ainsi, en réalité, le BREM confirme en tout point son évaluation précédente pour la période 2003 à mars 2010, soit une capacité de travail entière dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 10 % et admet uniquement depuis mars 2010, date des examens rhumatologique et neurologique de la recourante, une diminution plus importante du rendement, soit de 30 %. En

A/1487/2012 - 22/28 - conséquence, on ne saurait suivre le SMR et l'intimé lorsqu'ils appliquent les conclusions de l'expertise de 2010 à la période litigieuse 2003-2010. b) En premier lieu, il est à constater que l'intimé n'a pas complètement donné suite à l'injonction du Tribunal cantonal des assurances sociales (arrêt du 2 octobre 2008). En effet, le BREM a bien pris connaissance des avis des Dresses A _____ et G _____ du 10 mars 2008 puisque ceux-ci sont résumés dans l'expertise (expertise BREM 2010 p. 17 et 19); toutefois, le point de vue de ces deux médecins expliqué dans des avis bien étayés du 10 mars 2008, n'a pas été véritablement discuté par les experts du BREM, lesquels se sont contentés de mentionner que les médecins-traitants ne faisaient pas de différence entre des discordances et une simulation, laquelle n'avait pas été retenue, ni entre une activité adaptée, légère et les anciennes activités en déclarant la recourante inapte dans toute activité. Or, les experts n'ont pas discuté la position des médecins-traitants quant à une inaptitude totale au travail de la recourante compte tenu des limitations fonctionnelles retenues et du risque de décompensation aiguë des douleurs en cas d'activité professionnelle. Le BREM relève seulement que les médecins-traitants n'ont pas fait de différence entre une activité adaptée et les anciennes activités et que le Dr N _____ avait lui-même admis ne pas avoir fait cette différence (expertise BREM 2010 p. 4). On constate cependant que les médecins-traitants ont clairement exclu toute activité exigible de la recourante, le Dr N _____ ayant précisé que l'importance des plaintes justifiait une incapacité de travail totale et définitive (expertise BREM 2010 p. 41), la Dresse A _____ ayant écrit qu'elle persistait à dire que la recourante n'était aucunement apte à reprendre une quelconque activité professionnelle (avis du 10 mars 2008) et la Dresse G _____ ayant relevé que la conclusion de l'expertise quant à une capacité de travail de la recourante dans un poste adapté et léger était impensable vu les limitations fonctionnelles (avis du 10 mars 2008). Or, cette exclusion de toute activité professionnelle en raison des limitations fonctionnelles relevées par les médecins traitants n'a pas été discutée par les experts. Les experts ne se sont pas prononcé non plus sur les conséquences sur le tableau algique des entéropathies calcifiées, des tendinopathies et de la polyarthrose, comme relevé par la Dresse A _____, en particulier sur l'importance du risque d'une paralysie en rapport avec la présence du ligament calcifié, pas plus qu'ils n'ont discuté de la compliance de la recourante, jugé mauvaise en lien avec le taux sérique du Saroten testé en 2007, au vu des explications claires et complètes données par la Dresse A _____ quant au dosage volontairement infrathérapeutique du Saroten. Le grief relatif au rendement n'est pas abordé non plus, la Dresse A _____ ayant relevé que les experts admettaient en toute hypothèse une diminution de rendement de 10 %, quelle que fut la compliance, ce qui paraissait contradictoire.

A/1487/2012 - 23/28 - Le descriptif des plaintes et des limitations dans une activité professionnelle et dans la vie de tous les jours, jugé sommaire, n'a pas fait l'objet d'une explication. Les experts n'ont pas développé pourquoi certaines limitations fonctionnelles relevées par la Dresse L _____ en juillet 2005 n'avaient plus été admises en 2007 et en 2010, l'expertise omettant totalement de discuter la position de ce médecin (avis des 5 août 2005 et 5 décembre 2006). Enfin, on comprend mal les objections des experts relativement au diagnostic de simulation cité par les médecins-traitants et qui sortirait du champ médical, celui-ci étant listé dans la CIM-10 sous F68.1 production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physique soit psychologique (trouble factice), étant relevé que le code F68.0 prévoit aussi une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Si les experts voulaient dire que les diagnostics relevaient du domaine de la psychiatrie, soit hors de leur champ de compétence neurologique et rhumatologique, on comprend mal comment ils ont posé un diagnostic de trouble somatoforme douloureux avec comorbidité psychiatrique, lequel relève de la psychiatrie et n'a, en particulier, pas été retenu, même s'il est discuté, par l'expert psychiatre S _____, lequel a admis une incapacité de travail de 50 % depuis janvier 2008 en raison d'un état dépressif majeur de gravité légère à moyenne. Finalement, les experts n'ont pas répondu aux remarques des médecins-traitants relativement à l'absence de discordance et de majoration des symptômes de la part de la recourante. A cet égard, la Cour de céans constate qu'aucun des médecins consultés par la recourante n'a remarqué de comportement démonstratif, alors même que l'inefficacité des traitements était relevée (avis du Dr D _____ du 21 novembre 2003, du Dr N _____ des 4 et 22 mai 2007). c) En second lieu, la Cour de céans constate que le traitement actuel soit en mars 2010 cité dans l'expertise mentionne du Saroten 50 mg le soir et qu'il était mentionné du Saroten retard 25 mg deux fois par jour en 2007, soit un traitement équivalent. Lors de l'expertise de 2007, la vérification du taux sérique du Saroten montrait des valeurs indétectables de sorte que les experts en avaient déduit une mauvaise compliance de la recourante; tenant compte également d'un tableau très tapageur en discordance avec la discrétion des signes neurologiques objectifs, ils avaient estimé qu'une majoration pouvait pour le moins être suspectée (expertise BREM 2007 p. 26). Dans l'expertise de 2010, le BREM constate que la recourante prend ses médicaments antalgiques de sorte que la compliance de la recourante est reconnue (expertise BREM 2010 p. 42). Il n'est, en particulier, plus discuté du taux sérique du Saroten, toujours prescrit au même dosage et aucune conclusion n'est tirée de la bonne compliance de la recourante sur l'existence ou non d'une majoration des symptômes. Un diagnostic de trouble somatoforme douloureux est retenu au vu des discordances vues lors de l'examen clinique (expertise BREM 2010 p. 41), sans que ces discordances ne soient toutefois motivées et alors même que l'expert psychiatre n'a pas retenu ce diagnostic.

A/1487/2012 - 24/28 - Par ailleurs, les experts reconnaissent la présence d'une maladie hyperostéale et d'une polyarthrose mais n'expliquent pas en quoi les diagnostics retenus n'expliqueraient pas l'ensemble du tableau douloureux, ce d'autant qu'ils relèvent que le Dr N _____ a estimé que les entéropathies justifiaient en elles-mêmes l'état douloureux (expertise BREM 2010 p. 41) et que depuis l'examen de 2007, la recourante présentait, en plus, une poussée congestive arthrosique des mains (expertise BREM 2010 p. 42), soit une aggravation somatique objectivable. A cet égard, la Dresse A _____ a également expliqué que les entéropathies calcifiées pouvaient amener des réactions inflammatoires extrêmement douloureuses, des tendinopathies et de la polyarthrose, objectivées dans le cas de la recourante (avis du 10 mars 2008). Enfin, dans l'expertise de 2007, il était mentionné

que la myélopathie cervicale, indéniable, n'expliquait pas l'ensemble du tableau algique (expertise BREM 2007 p. 26), sans autre motivation. d) La Dresse L_____ explique la divergence d'appréciation entre sa propre expertise et celle du BREM par le fait qu'elle avait nettement moins pris en compte les signes comportementaux de la recourante, soit un comportement démonstratif et des discordances entre les plaintes subjectives et les constatations objectives en faveur d'une amplification des symptômes. Toutefois, il a été relevé que les discordances avancées par les experts pour expliquer que le tableau algique n'était pas objectivable (expertise BREM 2007 p. 26 et 2010 p. 42) ne sont pas motivées de façon convaincante. En particulier, l'avis médical de la Dresse L_____ rendu en décembre 2006, qui complète celui rendu en août 2005, a conclu en des termes clairs et de manière convaincante que "la périarthrite calcifiante, notamment des épaules, est susceptible d'amener des poussées inflammatoire à répétition". C'est d'ailleurs dans cette zone que la recourante a exprimé des douleurs et des limitations (procès-verbal d'audience de comparution personnelle des parties du 3 septembre 2012) et c'est également cette zone qui a été touchée en juillet 2010 par une déchirure (notamment échographie du Dr V_____ du 23 juillet 2010 et radiographie du Dr B_____ du 19 août 2010). Cette constatation a impliqué l'ajout d'une limitation fonctionnelle (éviter les mouvements répétitifs avec les bras) et une diminution de la capacité de travail à 40% "susceptible de baisser selon l'évolution, notamment au niveau cervical". En réalité, l'expertise du BREM de 2010 a permis de confirmer l'avis de la Dresse L_____ de décembre 2006, dès lors que la divergence d'appréciation résidait, selon cette dernière, dans le fait qu'elle avait elle-même moins pris en compte un phénomène d'amplification des symptômes de la part de la recourante que le BREM. Or, l'examen de l'expertise du BREM a permis à la Cour de céans de se convaincre que celle-ci a donné une importance démesurée à un phénomène d'amplification des symptômes par rapport à une explication objective des douleurs telles qu'elles résultent des rapports des médecins traitants et de ceux de la Dresse

A/1487/2012 - 25/28 - L_____. Enfin, les médecins traitants ont notamment constaté le même status ostéoarticulaire et des mesures d'amplitudes superposables que la Dresse L_____ dans son rapport de décembre 2006. Ainsi, les avis de ces médecins vont dans le sens de ce rapport, qu'ils n'ont d'ailleurs pas critiqué, sous réserve du taux d'incapacité de travail. En effet, les médecins traitants ont toujours estimé que la capacité de travail de la recourante, compte tenu d'importantes limitations fonctionnelles, était nulle depuis 2003. Ces avis ne sont toutefois pas à même de remettre en cause l'évaluation de la capacité de travail de la recourante par la Dresse L_____ en décembre 2006. Ils n'expliquent en particulier pas pour quels motifs une activité adaptée réduite à 40 % serait inexigible. e) Au vu de ce qui précède, et en particulier du fait que l'expertise du BREM ne répond pas aux critiques des médecins-traitants de la recourante comme il lui avait été demandé par arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales du 2 octobre 2008, qu'elle comporte des imprécisions, en particulier des conclusions quant à la capacité de travail de la recourante qui ne sont pas convaincantes, il y a lieu de constater qu'elle n'est pas probante et qu'en particulier elle n'est pas à même de remettre en cause l'expertise de la Dresse L_____ du 5 août 2005, complétée par l'avis de celle-ci du 5 décembre 2006 selon lequel la capacité de travail de la recourante était réduite à 40 %. f) Quant à l'expertise psychiatrique du Dr S_____, elle conclut à une incapacité de travail de 50 % dès le 1er janvier 2008. Le psychiatre retient uniquement un état dépressif qu'il considère comme ayant une incidence sur la capacité de travail de la recourante. Il ne retient pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais pose la question de sa présence, tout en relevant qu'il ne

répond pas aux critères jurisprudentiels pour être considéré comme incapacitant. Le SMR, dans son avis du 26 novembre 2009, conteste cette conclusion en estimant que la recourante ne présente même pas les symptômes d'une dépression légère et qu'aucune incapacité de travail d'origine psychique ne saurait être retenue. La Cour de céans constate que la question de la valeur probante de l'expertise du Dr S_____ peut rester ouverte dès lors que même si une incapacité de travail de 50 % était admise dès le 1er janvier 2008 pour des raisons psychiatriques elle n'aurait aucune incidence sur le calcul du degré d'invalidité de la recourante, celle-ci étant déjà depuis le 30 septembre 2003 en incapacité de travail de 60 % pour des raisons somatiques, étant précisé que les incapacités de travail somatique et psychique ne sauraient s'additionner (ATF du 11 juillet 2006 I 249/2005).

E. 12

S'agissant enfin de l'enquête ménagère effectuée en mai 2006, elle a été menée avec sérieux, par une personne qualifiée et tient correctement compte des constatations médicales et des plaintes de la recourante ainsi que de ses limitations dans chaque activité. Le taux d'invalidité de 38% qui n'est d'ailleurs pas contesté peut être confirmé.

A/1487/2012 - 26/28 - Par conséquent, la Cour retient, en suivant l'avis médical du SMR de décembre 2006 et l'enquête ménagère, que l'incapacité de travail dans la part lucrative était de 60% et celle dans la part ménagère, de 38%, dès le 30 septembre 2003 jusqu'au 30 juin 2010. Eu égard à ce qui précède, une nouvelle expertise ne s'impose pas.

E. 13

Il convient de calculer le taux d'invalidité de la recourante. Ayant exercé une activité lucrative à temps partiel à raison de 91% et se consacrant à son ménage à raison de 9% de son temps, selon les constatations non contestées de l'intimé, la recourante présente un statut mixte. Il convient de calculer la perte de gain qu'elle subit. Le salaire sans invalidité 2004, non contesté, est de 36'217 fr. Quant au revenu d'invalidité, il est calculé selon l'ESS 2004, tableau TA 1 (total niveau 4, femme) soit un salaire annuel de 46'716 fr (12 x 3'893 fr.). Le salaire à un taux d'activité de 90% serait donc de 42'044 fr. 40. Avec une capacité de travail de 40%, le revenu d'invalidité est de 16'818 fr. Il y a également lieu de tenir compte de l'âge de la recourante (plus de 50 ans), de ses importantes limitations fonctionnelles (notamment les mouvements avec les bras, le port de charges, le périmètre de marche), de son absence de formation et du fait que seule une activité à temps partiel est exigible, pour appliquer un taux d'abattement, comme retenu par l'intimé, de 10 %. Le salaire d'invalidité est finalement de 15'136 fr. La perte de gain de la recourante [(36'217 fr. - 15'136) : 36'217] équivaut à un taux d'invalidité de 58,2 %, arrondi à 58 %, pour la sphère professionnelle. L'empêchement retenu pour la sphère ménagère est de 38%. Pour tenir compte du statut mixte de la recourante, il convient d'appliquer les taux d'empêchement à chaque part d'activité, tel que présenté dans le tableau ci-après :

Activité partielle	Part	Empêchement	Degré d'invalidité	Activité professionnelle	91 %	58 %
	63 %	Ménage	9 %	38 %	3 %	Degré d'invalidité total

56 % Ainsi le degré d'invalidité de la recourante est de 56 % et lui ouvre le droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004).

E. 14

La recourante conclut à l'octroi d'une rente de l'assurance-invalidité dès le 30 septembre 2003. Selon l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007,

applicable au cas d'espèce, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend

A/1487/2012 - 27/28 - naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Conformément à l'art. 29 al. 2 LAI, la rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance, mais au plus tôt dès le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En l'espèce, la Cour de céans a retenu que la recourante présentait une incapacité de travail de 60% dès le 30 septembre 2003. Ainsi, le droit à la rente a pris naissance le 1er septembre 2004 à l'issue du délai de carence d'un an, de sorte qu'une demi-rente d'invalidité doit être allouée à la recourante à compter du 1er septembre 2004, étant relevé que la demande de prestation a été déposée le 2 juin 2004 auprès de l'intimé, de sorte que le délai de l'art. 48 al. 2 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, est respecté.

E. 15

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision du 5 avril 2012 annulée dans la mesure où elle refuse l'octroi d'une rente d'invalidité à la recourante pour la période du 1er septembre 2004 jusqu'au 30 juin 2010. Il sera dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité du 1er septembre 2004 au 30 juin 2010.

E. 16

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG). 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 l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1487/2012 - 28/28 - 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.