

## **GE\_GERICHTE ATAS/453/2013 vom 2. Mai 2013**

GE Cour de justice, 2013-05-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_453\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_453_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/453/2013 du 2 mai 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/453/2013 del 2 maggio 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 29**

Dans son recours du 28 décembre 2009, Madame L\_\_\_\_\_ a fait valoir que les expertises sur lesquelles l'OAI s'était fondé étaient incomplètes, principalement dans la mesure où elles ne faisaient état à aucun endroit des séquelles neuropsychologiques dont elle souffrait suite à son accident de 1985. En outre, sur le plan somatique, elle considérait que l'OAI aurait dû se référer à la décision de l'assurance-accidents et lui accorder, dans la mesure où son invalidité ne pouvait pas être divergente selon les deux assurances, une rente d'invalidité complète. Elle relevait que les Drs F\_\_\_\_\_, B\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, notamment, lui reconnaissaient tous la gravité objective des atteintes dont elle souffrait, si ce n'était son incapacité totale à exercer la moindre activité professionnelle. Elle ajoutait que le procédé auquel s'était adonné l'OAI pour demander un complément d'informations au Dr J\_\_\_\_\_ était inadmissible, étant en outre considéré qu'il n'était pas sérieux de retenir en premier lieu une capacité de travail de 60-70 % dans l'activité antérieure, en la distinguant bien d'une activité « adaptée » pour laquelle une capacité de 80-90% était retenue, pour finalement procéder à un amalgame en considérant que l'activité antérieure était soudainement devenue adaptée. Enfin, elle ajoutait qu'il y a lieu de tenir compte du fait qu'elle n'exerçait de facto plus d'activité professionnelle depuis 10 ans et qu'elle était âgée de 62 ans, de sorte que lui retenir une capacité de travail n'était pas raisonnablement exigible.

A/4674/2009 - 16/40 - Elle concluait à l'annulation de la décision entreprise et à ce que lui soit accordé le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1er juillet 1999.

#### **E. 30**

En date du 1er février 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant aux pièces du dossier et à la motivation de sa décision, des éléments apportés en procédure de recours ne permettant pas de faire une appréciation différente du cas.

#### **E. 31**

Par la suite, la recourante a produit à la procédure une expertise établie le 15 février 2010 par le Dr O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie. Après un examen attentif des pièces médicales du dossier et une anamnèse complète, ainsi qu'un examen de la recourante, le Dr O\_\_\_\_\_ indiquait dans son expertise que depuis 2000, lorsqu'elle avait été reconnue invalide à 100 % par l'assurance LAA, en raison de ses problèmes de cervico-brachialgies post-traumatiques chroniques, Madame L\_\_\_\_\_ n'avait pas vu son état s'améliorer, mais plutôt une fluctuation de l'intensité des douleurs. A la symptomatologie cervicale s'étaient ajoutées des lombalgies qui avaient progressivement augmenté en intensité et étaient devenues chroniques, étant mises en relation avec une discopathie inflammatoire sévère en L5-S1, ce qui ressortait de l'examen IRM effectué au

mois de juin 2008. Il concluait dès lors que la capacité de travail de la recourante était grandement affectée, qu'elle ne pouvait manifestement plus exercer des activités impliquant des positions statiques prolongées, ce qui était le cas de ses diverses activités professionnelles exercées jusqu'à son arrêt définitif en 2000. En ce qui concernait une éventuelle activité professionnelle, il faudrait qu'elle n'implique pas de position statique prolongée au-delà d'une demi-heure sans devoir changer de position, ni de port de charges répétitif, qu'elle évite à la patiente des mouvements en flexion et extension de son rachis à la fois cervical et lombaire, qu'elle soit plutôt exercée sous la forme de petits déplacements à pied, sans effort, en montée. Au vu de l'énumération des nombreuses restrictions médicales à l'exercice d'une activité professionnelle, il apparaissait à ce médecin difficile d'envisager une reprise d'activité, après 10 ans d'arrêt de travail, chez une patiente atteignant sa 63<sup>ème</sup> année de vie. Sur le plan théorique, en respectant les limitations annoncées, pour peu que la patiente puisse bénéficier d'une période de repos, on pouvait imaginer une activité légère, autorisant des pauses fréquentes, que la patiente pourrait exercer à 25 ou 30 % maximum. Selon lui, dans l'activité habituelle, le rendement devrait être considéré comme nul. Selon l'anamnèse et l'historique médical de la recourante, sa capacité de travail avait diminué au cours du temps par la survenue de son accident en 1985, tout particulièrement dès la fin des années 90, avec la survenue des cervico-brachialgies gauches, ayant amené à son opération de 1998.

A/4674/2009 - 17/40 - Des mesures de réadaptation professionnelle seraient envisageables sur le plan théorique, dans la mesure où la patiente n'était plus en capacité de travail dans sa profession habituelle et qu'il lui restait un potentiel limité mais présent. Le fait que la recourante n'ait plus exercé d'activité salariée depuis 10 ans et qu'elle soit entrée dans sa 63<sup>ème</sup> année de vie, rendait très aléatoires les mesures de réadaptation professionnelle, en tous cas la probabilité qu'elles puissent déboucher sur une reprise d'activité salariée à temps partiel. S'agissant des douleurs chroniques, peu susceptibles d'amélioration, avec une quelconque prise en charge, il ne pensait pas que des mesures soient susceptibles d'améliorer la capacité de travail. Le Dr O \_\_\_\_\_ concluait à une incapacité de travail dans une activité adaptée de 25 à 30 %, précisant que le rendement global exigible était également de l'ordre de 25 à 30 %.

### **E. 32**

La recourante a également produit une expertise établie le 17 février 2010 par le Dr P \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier, a pris connaissance de l'intégralité du dossier médical et en a fait un rappel approfondi, après avoir effectué une anamnèse complète, ainsi qu'un examen clinique. Il a indiqué que la patiente n'avait pas de baisse de l'attention, que sa mémoire était conservée et sa capacité de concentration diminuée. Son humeur était neutre au premier abord mais elle se montrait déprimée lorsqu'elle était interrogée à la recherche de signe de la dépression. Elle pouvait se mettre à pleurer pendant l'entretien suivant les sujets abordés. L'intensité de la dépression actuelle était moyenne. Les signes de la dépression étaient selon lui tristesse et découragement, sentiment occasionnel d'irritabilité ou de malaise mal défini, un sommeil réduit ou interrompu au moins 2 heures, des difficultés de concentration qui réduisaient sa capacité à lire, des difficultés à commencer ses activités routinières, parfois poursuivies avec effort, une capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels, un pessimisme marqué à propos du futur et une fatigue de la vie. L'examen neuropsychologique ne mettait pas en évidence de troubles cognitifs caractérisés. Les difficultés dans le domaine verbal

notamment n'atteignaient que ponctuellement le niveau de déficit et étaient isolées. Elles ne constituaient pas un syndrome psychologique connu et n'étaient pas suffisantes pour évoquer un déficit cognitif mineur. Elles étaient largement explicables dans le contexte d'anxiété et la baisse de l'humeur identifiée. Les diagnostics posés par le Dr P \_\_\_\_\_ étaient un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychologiques et une atteinte médicale générale (F45.4 - 307.89) et un trouble dépressif récurrent, avec attaques de panique et anxiété, épisode actuel d'intensité moyenne (F 33.1 - 296.32).

A/4674/2009 - 18/40 - Selon lui, ces diagnostics étaient présents depuis 1986. Le Dr P \_\_\_\_\_ indiquait que l'expertisée souffrait d'un trouble douloureux ou syndrome somatoforme persistant, associé à une atteinte physique chronique sous forme de syndrome cervico-brachial et d'un trouble dépressif récurrent. L'atteinte psychiatrique consistait en la présence de troubles douloureux associés à la fois à des facteurs psychologiques et une atteinte médicale générale. Madame L \_\_\_\_\_ avait présenté un trouble dépressif récurrent comprenant au moins 6 épisodes dépressifs d'intensité légère à moyenne en 1986, 1999, 2001, 2005, 2008 et fin 2009-2010, l'épisode actuel étant d'intensité moyenne. Il s'agissait d'un trouble chronique persistant avec des périodes de rémission, les plus longues entre 1990 et 1999 et entre 2002 et 2005 et de longues périodes de rémission partielle où les symptômes étaient présents mais d'intensité moindre, de 1987 à 1990, de 2001 à 2002, 2005 à 2008 et de fin 2008 à mi 2009. Cette affection psychiatrique avait nécessité la prise d'un traitement anxiolytique de manière chronique depuis 1986 et de plusieurs traitements antidépresseurs entre 2001 et aujourd'hui. Un traitement psychiatrique ambulatoire de 2001 à 2002 et deux suivis spécialisés dans des centres de thérapie en 2005 et 2009 avaient aussi été nécessaires. Ces deux affections médicales psychiques et physiques avaient entraîné une perte d'intégration sociale dans tous les domaines de sa vie : dans son travail, puisqu'elle ne pouvait plus travailler depuis fin 2002 malgré ses efforts, dans sa vie affective et de loisirs, bouleversée depuis son accident en 1985, dans son intégration sociale, toutes ses activités étant limitées et conditionnées par des douleurs chroniques et des symptômes psychiatriques, dans sa qualité de vie, puisqu'elle n'avait pu garder un travail stable et s'était appauvrie. Dans son expertise, le Dr P \_\_\_\_\_ reprenait les constatations médicales effectuées à partir de 1985 et aboutissait à la constatation qu'il existait un état dépressif récurrent, soigné au long des années, sans résultat définitif en matière de rémission. Il expliquait pour quelle raison la personnalité de la patiente ne permettait pas toujours de poser un diagnostic adéquat, celle-ci ayant de la difficulté à ressentir ses émotions, ce qui ne lui aurait pas permis de faire face efficacement à ses douleurs et n'étant pas en mesure de les exprimer verbalement. Selon le Dr P \_\_\_\_\_ le trouble douloureux chronique était résistant à tout type de traitement et aucun des traitements proposés n'avait permis de l'améliorer. A l'heure actuelle, le pronostic de guérison était donc nul. Dans son rapport, le Dr P \_\_\_\_\_ faisait état de deux prises en charge psychiatrique au Centre de thérapies brèves de la Servette, la première du 11 février au 15 mars 2005 en raison d'un épisode dépressif moyen (F32.1), le diagnostic de

A/4674/2009 - 19/40 - personnalité dépendante probable (F60.7) et d'utilisation nocive pour la santé d'alcool (F10.1) étaient également posées. Un traitement antidépresseur de Déroxat 40 mg par jour avait été instauré. La patiente continuait à prendre un traitement anxiolytique de Xanax de manière régulière. Suite à sa sortie du CTB, le suivi médical avait été assuré par son médecin traitant, le Dr I \_\_\_\_\_. Le traitement antidépresseur avait été interrompu au mois de juin 2005. En novembre, elle souffrait à nouveau d'une rechute

dépressive dans le cadre de son déménagement après sa séparation. Un traitement antidépresseur de Cypralex 10 m/g par jour avait été instauré. Les symptômes dépressifs avaient persisté et le traitement avait été modifié en faveur de la Fluoxétine 20 m/g par jour. Elle avait interrompu ce traitement d'elle-même se plaignant d'une prise de poids. Un nouveau traitement antidépresseur avait été prescrit fin 2006, le Zoloft 50 m/g par jour. En juin 2007, la patiente avait décidé d'arrêter de fumer, le Zoloft avait été interrompu. En mars 2008, elle avait fait une rechute dépressive qui avait nécessité la reprise du Zoloft 50 m/g par jour puis de la Fluoxétine 20 m/g par jour jusqu'en novembre 2008. En mars 2009, un nouvel état dépressif avait nécessité la reprise du traitement de Fluoxétine 20 m/g par jour. Du 13 mai au 23 juillet 2009, elle avait été prise en charge pour la deuxième fois par le Centre de thérapies brèves de la Servette. Le diagnostic posé était troubles dépressifs récurrents avec un épisode actuel d'intensité moyenne. Son état dépressif s'améliorant progressivement, la patiente avait décidé d'arrêter son traitement antidépresseur de Fluoxétine en juillet 2009. En septembre 2009, elle avait continué son suivi médical à l'hôpital, n'étant plus en mesure de payer ses factures de médecins. Elle présentait à nouveau un état dépressif. Bien qu'elle ait refusé dans un premier temps un traitement antidépresseur, elle avait fini par accepter de prendre de la Certraline 50 m/g par jour. Son anxiété était fluctuante. La patiente avait accepté de diminuer sa consommation d'alcool, environ deux verres de vin par jour, qu'elle prenait dans le but de calmer ses angoisses. Selon son médecin traitant, elle développait des fractures métatarsiennes spontanées et un bilan pour ostéoporose était en cours. Le trouble dépressif récurrent était aussi chronique et le risque de récurrence d'épisode dépressif très élevé, compte tenu du nombre d'épisodes dépressifs dont la patiente avait déjà souffert et de la présence de troubles douloureux chroniques. Les traitements proposés avaient permis une amélioration significative des 6 épisodes dépressifs mais la persistance des symptômes dépressifs et anxieux de manière durable entre les épisodes dépressifs rendait le pronostic mauvais quant à l'obtention d'une période de stabilité de longue durée sans symptôme. Du point de vue qualitatif, le Dr P\_\_\_\_\_ indiquait que les douleurs chroniques et les symptômes dépressifs et anxieux rendaient la capacité de travail aléatoire et trop fluctuante pour qu'il soit envisageable d'effectuer une tâche soutenue demandant de l'attention et de la concentration. Même si la capacité de concentration de la recourante lui permettait de soutenir un travail de 2 à 3 heures, il en résulterait des tensions musculaires et de la fatigue qui l'empêcheraient de A/4674/2009 - 20/40 - reproduire un effort semblable de manière régulière. L'anxiété serait exacerbée lors de situations nouvelles ou de stress, ce qui ne lui permettrait pas de se rendre dans un travail qui sortirait de ses routines de tâches à domicile. Du point de vue quantitatif, sa capacité de travail était nulle. Vu les considérations qui précèdent, il n'y avait pas de capacité de travail résiduelle dans l'activité habituelle. Selon le Dr P\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail était totale depuis décembre 2000. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était envisageable, les limitations fonctionnelles étant physiques et psychiques et à l'origine de l'incapacité totale de travail, sans possibilité d'amélioration. La capacité de travail ne pouvait pas non plus être améliorée selon le Dr P\_\_\_\_\_, dans la mesure où le stress et les nécessités d'adaptation que représenterait une reprise de travail ne pourraient être gérés compte tenu des troubles psychiques de Madame L\_\_\_\_\_.

### **E. 33**

En date du 19 avril 2010, la recourante a déposé une réplique, faisant état des nouvelles expertises produites et sollicitant que lui soit attribués en sus des dépens déjà demandés, une

indemnité comprenant la somme de 6'112 fr., dépensée au titre des frais d'experts.

#### **E. 34**

En date du 20 mai 2010, l'OAI s'est prononcé dans une duplique. Il a remis en question l'expertise effectuée par le Dr O\_\_\_\_\_, soulignant que ce dernier était le seul à retenir une capacité nulle dans l'activité habituelle et réduite à 25 à 30 % dans une activité adaptée, tout en ayant omis d'indiquer depuis quand l'importante baisse de fonctionnalité existait, alors que la physiothérapie et la médication avaient apparemment été suspendues.

S'agissant de l'expertise psychiatrique du Dr P\_\_\_\_\_, l'affection psychiatrique, sévère, retenue par ce dernier était contestée. L'échec du traitement ne pouvait être affirmé, dans la mesure où sous traitement médicamenteux et suivi psychiatrique ad hoc en cours des années 2001 et 2002, la situation s'était améliorée, et ce malgré la difficulté d'introspection et la difficulté à exprimer ses émotions présentées par l'assurée. Dès lors, l'OAI a maintenu ses précédentes conclusions.

#### **E. 35**

En date du 7 septembre 2010, une audience de comparution personnelle des parties et d'enquêtes a eu lieu.

#### **E. 36**

Les parties se sont montrées d'accord avec le fait que le Tribunal adresse des questions écrites au Dr J\_\_\_\_\_, lequel, convoqué, n'a pas été en mesure de venir à l'audience en raison d'un accident.

A/4674/2009 - 21/40 -

#### **E. 37**

Madame L\_\_\_\_\_ a indiqué être affectée dans sa capacité de travail, au vu de ses douleurs importantes à la nuque et aux épaules, comme des « lâchages » et fourmillements ressentis dans son bras et sa main gauche. Elle a mentionné que son sommeil était entrecoupé très régulièrement, car elle devait souvent changer de position en raison de ses douleurs à la nuque, malgré l'utilisation de coussins spéciaux. Elle souffrait de problèmes de mobilité de la nuque, particulièrement pour se tourner du côté gauche, ce qui la gênait lors de la conduite notamment. Elle souffrait également quotidiennement de maux de tête. Elle avait de la peine à se tenir dans la position assise sans support de la nuque pendant plus de 20 à 30 minutes, ce qui était très gênant pendant les repas par exemple. Lorsqu'elle faisait l'effort de rester dans une position trop longtemps, par exemple devant l'ordinateur, elle pouvait se sentir mal jusqu'à subir des nausées, voire rejeter son repas. Elle ne pouvait lever la tête que si elle soutenait sa nuque à l'aide de sa main et devait utiliser un coussin spécial pour aller au cinéma ou lire. Pour traiter ses différentes douleurs, elle utilisait de l'ibuprofène et du paracétamol, toujours combinés. Elle avait trouvé cette combinaison qui la soulageait, après avoir utilisé des médicaments tels que le Tramal et le Sirdalud. Il lui arrivait également de prendre 1 g par jour, aussi bien de l'ibuprofène que du paracétamol. Elle utilisait également du Celebrex pour les douleurs musculaires, indépendamment des médicaments précités. Elle a confirmé être une personne ayant de la peine à exprimer ses émotions et ses difficultés, ainsi que ses souffrances, ayant toutefois des relations familiales et sociales normales. Elle ne pensait pas souffrir d'une pathologie psychique même s'il était vrai que son état psychologique s'était dégradé. Elle a souligné qu'elle avait dû pendant 15 ans tenter de retrouver une vie normale, notamment sur le plan professionnel alors que

beaucoup d'activités précédemment exercées lui avaient été supprimées, dont les sports, ce dont elle avait beaucoup souffert. Elle souffrait également de n'avoir pu partager les activités qu'elle avait en famille avant l'accident et n'avait pu reprendre les activités sportives, malgré ses tentatives. Elle a indiqué avoir deux petits-enfants de 6 et 8 ans qui venaient manger chez elle deux fois par semaine à midi. Elle n'avait pas les moyens de payer une femme de ménage mais une telle aide lui serait utile, dans la mesure où elle ne pouvait assurer que le strict nécessaire dans ses tâches ménagères. Elle effectuait ses courses elle-même mais devait solliciter l'aide d'un voisin pour porter les courses lourdes. C'est l'assurance-accident qui l'avait invitée à déposer une demande d'AI suite à la décision de rente complète rendue par celle-là. Quant à l'évolution de sa situation de santé, depuis 1999, elle avait constaté une dégradation progressive sur le plan physique.

A/4674/2009 - 22/40 - Dix ans plus tôt, elle sortait plus souvent avec des amies alors qu'actuellement elle devait décliner des invitations de manière régulière et se trouvait toujours la première à partir lorsqu'elle était invitée. Sa mobilité s'était dégradée dans le sens où elle pouvait effectuer de distances à pied de moins en moins longues, devant choisir les parcours les moins accidentés en raison de ses problèmes de nuque, alors même que c'était en déambulant qu'elle souffrait le moins à ce niveau. Elle devait écourter de plus en plus les périodes durant lesquelles elle se trouvait dans la même position. Sur le plan du moral, elle se sentait diminuée. Il lui avait été très difficile d'accepter de ne plus être en contact avec le monde professionnel et de ne plus pouvoir se réaliser sur ce plan, alors qu'elle aimait beaucoup son travail. Elle serait ravie de pouvoir accepter de reprendre son travail à temps partiel mais devrait refuser car elle ne pourrait pas l'assurer, sachant qu'elle aurait un problème pour se concentrer. Dans sa dernière activité, lorsqu'elle avait essayé de recommencer à travailler à raison de 60 %, elle avait subi d'importants maux de tête qui l'avaient conduite à arrêter. Les problèmes principaux étaient la concentration et la position assise. S'agissant des circonstances dans lesquelles l'examen du Dr J\_\_\_\_\_ avait été effectué, elle a indiqué avoir été convoquée durant plusieurs heures, alors que l'anamnèse n'avait duré qu'une heure, suivie après les examens de radiographie, d'un bref examen physique dont elle ne se rappelait pas les détails mais qui lui avait semblé insuffisant. Elle a contesté être restée assise durant 2 heures et demie pendant l'examen.

### **E. 38**

En date du 15 avril 2011, des questions ont été posées par écrit au Dr J\_\_\_\_\_ qui y a répondu par courrier du 10 mai 2011. Il a confirmé ses conclusions d'expertise du 10 avril 2008, indiquant qu'une reprise de travail était possible avec contrainte à 60-70 % et pouvant respecter les limitations fonctionnelles, à 80 %. L'activité comme secrétaire-comptable permettant une alternation de positions, un allègement des ports de charges existait à sa connaissance. Au cas où l'assurée devrait effectuer des saisies de données, une position de 2 heures devant l'écran lui serait possible. Dès lors, dans ces conditions, l'incapacité de travail était de 60-70 %, et ce à la condition de permettre à l'assurée une alternance de positions de manière régulière, avec un temps de pause habituel. Comme mentionné dans ses conclusions d'expertise en point 3.3 page 14, l'assurée ne devrait pas présenter de diminution de rendement de plus de 20 %, et ce de manière transitoire, ce qui correspondait à un temps de réadaptation à une activité professionnelle.

A/4674/2009 - 23/40 -

### **E. 39**

En date du 8 juin 2011, la recourante s'est prononcée sur le courrier précité. Elle a indiqué que bien loin de relever les contradictions contenues dans son rapport d'avril 2008, les réponses du Dr J \_\_\_\_\_ ajoutaient encore de la confusion ou des contradictions. Ainsi, il avait parlé d'une reprise de travail avec contrainte à 60-70 %, indiquant en même temps que l'incapacité de travail était de 60-70 %. Le Dr J \_\_\_\_\_ retenait bien une diminution de rendement de 20 %, dont le prétendu caractère transitoire n'était absolument pas étayé. Elle concluait dès lors à ce que soient suivis les avis convergents des nombreux autres spécialistes consultés attestant d'une invalidité totale, en particulier celui du Dr O \_\_\_\_\_. Elle a ajouté que ses atteintes vertébrales étaient telles qu'elle devrait prochainement subir deux interventions chirurgicales et a persisté dans l'intégralité de ses conclusions. Elle a joint à ses conclusions un rapport du Dr B \_\_\_\_\_ du 10 mai 2011, confirmant qu'un nouveau bilan IRM, des cervicales et lombaires, avait démontré un certain degré de détériorations avec une discopathie sévère en C6-C7 et des contraintes radiculaires L5 bilatérales, en lombaire. Il n'existait pas d'autre solution qu'une chirurgie décompressive ciblée.

#### **E. 40**

Quant à l'OAI, par courrier du 7 juin 2011, il s'est également prononcé sur l'avis médical du Dr J \_\_\_\_\_, indiquant que les conclusions de ce dernier lui permettaient de confirmer son appréciation du dossier. L'OAI a persisté intégralement dans ses conclusions.

#### **E. 41**

En date du 7 décembre 2011, la Chambre de céans a rendu une ordonnance d'expertise bi-disciplinaire, confiée aux Drs Q \_\_\_\_\_, rhumatologue, et R \_\_\_\_\_, psychiatre. La Cour a considéré que les principaux rapports médicaux et expertises figurant au dossier et méritant d'être pris en considération au regard de la demande de prestations AI du 27 septembre 2000 étaient ceux qui avaient été établis par le Dr C \_\_\_\_\_ le 19 septembre 2000, le Dr E \_\_\_\_\_ le 12 juillet 2001, le Dr G \_\_\_\_\_ le 4 septembre 2003, le Dr S \_\_\_\_\_ le 24 septembre 2004, le Dr J \_\_\_\_\_ le 10 avril 2008 avec son éclaircissement du 13 mai 2008 et son courrier du 10 mai 2011, le Dr K \_\_\_\_\_ le 15 décembre 2008, le Dr O \_\_\_\_\_ le 15 février 2010 et le Dr P \_\_\_\_\_ le 17 février 2010. Tous ces rapports et expertises remplissaient en effet tous les réquisits de la jurisprudence, s'agissant de la force probante.

A/4674/2009 - 24/40 - En outre, la Cour a admis que les avis médicaux du Dr B \_\_\_\_\_ devaient également être examinés, quand bien même ils n'étaient pas complets pour avoir valeur d'expertise, puisque ce médecin avait suivi l'assurée depuis de nombreuses années et avait donné des explications fouillées aux diagnostics posés et aux traitements préconisés. Les rapports et avis précités exprimaient des avis contradictoires, tout en comprenant des argumentations soutenables, de sorte qu'il n'était pas possible pour un non-spécialiste de conclure de manière déterminée et suffisamment précise ce qu'il en était réellement de l'incapacité de travail de la recourante sur les plans rhumatologique et psychique. Sur le plan somatique, trois des médecins aboutissaient à la reconnaissance d'une capacité de travail évaluée entre 60 et 70 % (C \_\_\_\_\_, S \_\_\_\_\_ et J \_\_\_\_\_), dans l'ancienne activité, sous réserve d'adaptations en raison des limitations fonctionnelles. Trois autres considéraient que la situation était bien moins bonne et que la capacité s'étendait de 5 à 50 %, au mieux (G \_\_\_\_\_, B \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_). Sur le plan psychiatrique, les conclusions des différents médecins étaient contradictoires sur le

plan des diagnostics, mais également sur le plan de leurs conclusions quant à la capacité de travail. Les Drs K\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ considéraient que cette capacité était de 80 % au moins, alors que le Dr P\_\_\_\_\_ la considérait nulle. Les avis étaient aussi divergents au sujet de l'éventuelle fibromyalgie dont souffrirait la recourante, aucun médecin ne s'étant prononcé sur la question de savoir si un effort de volonté pourrait être exigé de cette dernière et aucune indication n'avait été donnée sur les réponses à apporter aux questions qui se posent en vertu de la jurisprudence, afin de déterminer si la fibromyalgie dont serait atteinte la recourante, devait être considérée ou non comme invalidante.

#### **E. 42**

Les deux parties ont eu l'opportunité d'apporter des observations à l'expertise précitée.

Ainsi, dans ses conclusions du 16 novembre 2012, la recourante a persisté dans ses précédentes conclusions, y ajoutant une demande d'indemnité équitable à titre de

A/4674/2009 - 29/40 - dépens, y compris une somme de 6'112 fr. au titre de remboursement de ses frais d'expertise. Sur le fond, la recourante a repris ses précédentes argumentations, en particulier s'agissant du fait que la décision de rente invalidité à la LAA, remontant à 2001 devait être prise en considération pour établir l'invalidité dans le cadre de la procédure AI également. Elle se référait aux expertises des Dr P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, considérant que les divergences d'appréciation avec l'expertise des Drs R\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ne sauraient être arbitrées juridiquement dans le cadre de la présente procédure, le dossier étant émaillé de divergentes appréciations sur le plan médical. Compte tenu de son âge, la possibilité d'une reprise de travail n'était simplement pas imaginable. S'il fallait toutefois par impossible tenir compte de l'avis purement théorique des experts Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, il conviendrait de procéder à un abattement de 25 %, tel que la jurisprudence le prévoit, eu égard aux particularités du cas d'espèce, de sorte que dans cette hypothèse, son degré d'invalidité serait au minimum de 60 % (80 % de capacité de travail, - 15 % de diminution de rendement, - 25 %, = 40 %). Dans cette hypothèse et à titre tout à fait subsidiaire, elle devrait ainsi se voir octroyer le droit à  $\frac{3}{4}$  de rente d'invalidité.

#### **E. 43**

Quant à l'OCAI, il s'est prononcé par courrier du 16 novembre 2012, se référant à l'avis de son service médical, SMR Suisse romande, du 8 novembre 2012, concluant à une capacité de travail de 80 %, avec une baisse de rendement de 15 %, soit une capacité de travail résiduelle de 68 %, dans toute activité, dès septembre 2000, date de l'expertise du Dr C\_\_\_\_\_. Il a ainsi repris ses conclusions tendant au rejet du recours. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 lettre a, chiffre 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 194, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait 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) relative 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.

Dès 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).

Partant, on rappellera que sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/4674/2009 - 30/40 - 2. La LPGA entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance invalidité, ainsi que les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2006 (5ème révision AI), modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2008 (RO 2007 5147), sont applicables en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants sont postérieurs à leurs entrées en vigueur (ATF 130 V 446 et ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA).

La décision litigieuse a été rendue le 16 novembre 2009, reçue dans l'Etude du conseil de la recourante le 19 du même mois. Compte tenu de la suspension du délai entre le 18 décembre 2009 et le 2 janvier 2010 (art. 38 al.4 litt. c LPGA), le recours interjeté le 28 décembre 2009, dans le délai et la forme prescrits par les art. 60 et 61b LPGA, a pu être déclaré recevable. 4. Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que l'OAI a refusé à Madame L\_\_\_\_\_ l'obtention d'une rente d'invalidité, suite à sa demande présentée le 27 septembre 2000, sur la base du fait que le degré d'invalidité calculé n'atteignait pas les 40 % requis par la loi. a. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un  $\frac{3}{4}$  de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à  $\frac{1}{4}$  de rente s'il est invalide à 40 % au moins. b. Aux termes de l'art. 8 al. 1 et 3 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. L'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 sa santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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

A/4674/2009 - 31/40 - (ATF 110 V 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). c. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire

de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). d. En règle générale, la comparaison des revenus doit se faire de telle manière que les deux revenus soient chiffrés le plus exactement possible de telle sorte que la différence résultant de leur mise en parallèle permette de déterminer le degré d'invalidité. S'ils ne peuvent être déterminés avec précision, il convient de les évaluer selon les éléments connus et de comparer les valeurs approximatives obtenues. Dans ce cas, l'évaluation du degré d'invalidité ne doit pas nécessairement résulter d'une comparaison chiffrée des valeurs approximatives : une comparaison des pourcentages peut suffire. Il s'agit alors d'estimer le revenu hypothétique que l'assuré pourrait obtenir sans invalidité à 100% et de fixer le revenu d'invalidité à un taux inférieur de sorte que la différence indique le degré d'invalidité (VALTERIO, Droit de l'assurance vieillesse et survivants et de l'assurance invalidité, commentaire thématique, Genève-Zurich-Bâle 2011, p. 551, ch. 2077, et réf. citées). e. 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). En application des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au A/4674/2009 - 32/40 - plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. f. La détermination du revenu d'invalidité suppose – à la différence de ce qui vaut pour la fixation du revenu sans invalidité – la prise en considération de l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage (ATF 134 V 64, consid. 4). L'assuré ne saurait s'opposer à la prise en compte d'un salaire plus élevé ou maximum auquel il a volontairement renoncé dans la mesure où, s'il reste libre d'aménager son travail lorsqu'il est en bonne santé, il doit en revanche, en vertu de son obligation de réduire le dommage, utiliser de manière optimale sa capacité de travail restante une fois que l'invalidité s'est manifestée (VALTERIO, op. cit., p. 562, ch. 2108 et réf. citée). g. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293 consid. 3b et les références). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (VSI 1999 p. 246 consid. 1 et les références). Toutefois, lorsqu'il s'agit

d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire,

A/4674/2009 - 33/40 - ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêts I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2; I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 2.3; I 617/02 du 10 mars 2003, consid. 3.1; I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). h. Selon la jurisprudence, il y a lieu selon les circonstances, d'opérer une déduction sur le salaire ressortant des statistiques pour tenir compte du fait que l'assuré ne peut, en raison de divers facteurs, exploiter sa capacité de travail résiduelle qu'avec des chances de gain inférieures à la moyenne. La déduction sur le salaire statistique (qualifiée d'abattement) se fonde sur l'expérience selon laquelle les revenus tirés de l'enquête sur la structure des salaires ne peuvent en règle générale pas être pris entièrement en considération comme revenus d'invalidité en raison de restrictions que l'assuré atteint dans sa santé connaît de sa capacité de travailler. Lorsque les facultés réduites de rendement ont été prises en considération lors de l'appréciation de la capacité résiduelle de travail, elles ne sauraient l'être une seconde fois, dans le cadre de l'évaluation du revenu d'invalidité, en tant que facteur de réduction du salaire statistique (VALTERIO, op. cit., p. 569-570, ch. 2129, 2130, 2131 et réf. citées). i. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b, 116 V 249 consid. 1b et les arrêts cités). L'uniformité de la notion d'invalidité, qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité, règle la coordination de l'évaluation de l'invalidité en droit des assurances sociales (ATF 126 V 293 consid. 2d; RAMA 2001 no U 410 p. 73, 2000 no U 406 p. 402). Des divergences ne sont toutefois pas à exclure d'emblée. En effet, les divers assureurs sociaux demeurent tenus de procéder chacun de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas et ne peuvent se borner à reprendre sans autre examen le degré d'invalidité fixé par un autre assureur. Ils ne peuvent toutefois pas ignorer purement et simplement l'évaluation de l'invalidité à laquelle a procédé un autre assureur social dans une décision entrée en force (arrêt cité, p. 293 consid. 2d). Ils doivent s'en écarter lorsqu'elle n'est pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité, si elle repose sur une erreur de droit ou une appréciation insoutenable, ou encore se fonde sur des mesures d'instruction sommaires et superficielles (arrêt cité, p. 292 consid. 2b et p. 294 consid. 2d; RAMA 2000 no U 402 p. 390, no U 406 p. 402). En particulier, le Tribunal fédéral a considéré dans l'ATF 119 V 468 (consid. 4a) que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité devait céder le pas à celle de l'assureur-accidents, largement divergente, qui reposait sur des avis médicaux convaincants relativement à l'incapacité de travail et à l'activité exigible, ainsi que sur une application correcte de la méthode de

comparaison des revenus (Arrêt du Tribunal fédéral U.511/2000,

A/4674/2009 - 34/40 - consid. 3a). Il est également possible de se départir de l'évaluation de l'invalidité opérée par un assureur accident lorsque ce dernier n'a pas procédé à un comparaison des revenus mais a déterminé l'invalidité uniquement d'après les estimations médicales de l'incapacité de travail (VALTERIO, op. cit., p.546, ch. 2057 et réf. citées). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF130 V 121 consid. 3.2). j. Pour pouvoir calculer de degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. Les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves par le juge des assurances sociales, que 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, le juge ne s'écarter en principe pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de faits donnés. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire, le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires, aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, l'interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa).

En outre, lorsque, 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 concrète ne permet de douter de leur bienfondé (ibid. consid. 3b/bb).

A/4674/2009 - 35/40 -

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 (Arrêt du Tribunal fédéral non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2).

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 (ATF125 V 351 consid. 3). 5. a. Dans le cas d'espèce, pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante, il se justifie d'appliquer la méthode des pourcentages, dans la mesure où aucune indication précise et suffisante ne peut être retenue pour procéder à une comparaison des revenus effectifs, sans ou avec invalidité. En effet, les données figurant au dossier permettent de constater que le dernier poste occupé par la recourante, en occupation temporaire suite à une longue période de chômage et d'incapacité de travail, a été exercé à temps partiel et dans une activité qui n'était pas comparable, car moins qualifiée, que celle de secrétaire-comptable exercée précédemment de manière durable. En outre, les gains assurés différents mentionnés au dossier, s'agissant des deux délais cadres ouverts par l'OCE, ne sauraient constituer des données fiables pour établir l'ancien revenu et le réactualiser. Enfin, dans la mesure où les constatations des médecins penchent dans la grande majorité pour une capacité de travail à exercer dans l'activité habituelle, sans nécessité de réadaptation professionnelle, le taux d'invalidité peut être défini selon la méthode précitée. b. La recourante soutient que les avis médicaux divergents contenus au dossier ne permettent pas de déterminer son taux d'invalidité et qu'il faut se référer à la

A/4674/2009 - 36/40 - décision de rente invalidité à 100% obtenue de son assurance-accidents, dès le 1er janvier 2001, pour trancher de la présente cause. Son avis ne saurait être suivi. En effet, quand bien même faut-il admettre qu'il est difficile de porter un jugement sur une décision prise il y a plus de dix ans, sur la base de rapports et expertises médicaux bien moins nombreux que ceux qui sont présents au dossier aujourd'hui, on peut cependant souligner que lors de la décision du 21 juin 2001, le dossier contenait déjà des rapports contradictoires. Or, la décision de l'assureur LAA a tranché en faveur de l'opinion émise par le médecin traitant de l'assurée, le Dr B \_\_\_\_\_, alors qu'il disposait au dossier d'une expertise, établie par le Dr C \_\_\_\_\_, remplissant les critères posés par la jurisprudence relatifs à la valeur probante, mais dont les résultats étaient différents de ceux du médecin précité. Le Dr C \_\_\_\_\_ avait en effet déterminé une incapacité de travail de 35% alors que le Dr B \_\_\_\_\_ indiquait que la capacité de travail était nulle, sur la base de diagnostics apparaissant pourtant semblables. Cette décision n'apparaît ainsi pas avoir été prise en respect des critères posés par la jurisprudence. La décision LAA ne contient en outre aucune motivation permettant de comprendre pour quelle raison c'est l'avis du dernier médecin cité qui a été retenu. Elle s'est également basée uniquement sur des estimations médicales, ne comportant aucune indication relativement à une comparaison des revenus. Au vu de ce qui précède, la Cour n'est pas liée par la détermination du taux d'invalidité fixé par la décision de l'assureur LAA du 21 juin 2001. c. Dans son ordonnance d'expertise du 7 décembre 2011, la Cour a considéré que les

principaux rapports médicaux et expertises figurant au dossier et à prendre en considération au regard de la demande de prestations AI déposée par Madame L \_\_\_\_\_ le 27 septembre 2000, sont ceux qui ont été établis par le Dr C \_\_\_\_\_, le 19 septembre 2000, le Dr E \_\_\_\_\_, le 12 juillet 2001, le Dr G \_\_\_\_\_, le 4 septembre 2003, le Dr S \_\_\_\_\_, le 24 septembre 2004, le Dr J \_\_\_\_\_, le 10 avril 2008 avec son éclaircissement du 13 mai 2008 et son courrier du 10 mai 2011, le Dr K \_\_\_\_\_, le 15 décembre 2008, le Dr O \_\_\_\_\_, le 15 février 2010 et le Dr P \_\_\_\_\_, le 17 février 2000. Tous ces rapports et expertises contiennent une anamnèse et ont été établis suite à un examen de l'assurée, ainsi que suite à la prise de connaissance des principaux documents et examens constituant son dossier médical. Ils remplissent ainsi tous les réquisits de la jurisprudence s'agissant de la force probante. S'agissant des avis médicaux du Dr B \_\_\_\_\_, ils doivent également être considérés, quand bien même ils ne sont pas complets pour avoir valeur d'expertise,

A/4674/2009 - 37/40 - dans la mesure où ce médecin a suivi l'assurée depuis de nombreuses années et a donné des explications fouillées aux diagnostics posés et traitements préconisés. Suite à l'expertise bi-disciplinaire des Dr Q \_\_\_\_\_ et R \_\_\_\_\_, dont il apparaît qu'elle a été établie en respect des critères posés par la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante : le rapport se fonde sur des examens complets, prend également en considération les plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), contient la description claire et des discussions sur les interférences médicales et comprend enfin des conclusions d'experts bien motivées. Il répond au surplus à toutes les questions posées. A bon droit, la recourante ne soutient pas le contraire. A l'examen des différents rapports précités, on constate que la conclusion du dernier rapport d'expertise, établissant une capacité de travail de 80 % dans l'activité antérieure, avec une diminution de rendement de 15%, correspond aux avis majoritaires précédemment exprimés. En effet, sur le plan somatique, le Dr C \_\_\_\_\_ estimait une capacité de travail de 65%, le Dr H \_\_\_\_\_ également, dans la même activité, sans baisse de rendement, ce taux pouvant être porté à 85% en cas d'activité adaptée. Le Dr J \_\_\_\_\_ considérait une capacité de travail de 60 à 70%, dans l'activité précédente, avec un taux porté à 80% si elle était adaptée, le rendement diminué de 30 à 40% pouvant être amélioré par des mesures thérapeutiques. Le Dr G \_\_\_\_\_ n'a pas posé de conclusions claires au sujet du taux de capacité de travail, indiquant, sans motivation, que le nombre d'heures de travail pouvait être estimé à 6 à 10 par semaine, tout en mentionnant que le taux de capacité de travail pourrait être porté à 50%, sans toutefois que la situation soit stabilisée. Enfin, le Dr O \_\_\_\_\_ a estimé le taux de capacité de travail entre 25 et 30%, en tenant compte des mêmes limitations fonctionnelles que les autres médecins, mais sans indiquer les raisons lui permettant d'aboutir à ce taux relativement bas. Sur le plan psychique, le Dr E \_\_\_\_\_ a retenu un taux de capacité de travail de 80% dans la même activité, adaptée. Le Dr K \_\_\_\_\_ n'a pas admis d'incapacité de travail. Quant au Dr P \_\_\_\_\_, il a indiqué diagnostiqué un épisode dépressif d'intensité moyenne et a conclu à une incapacité totale de travail, en prenant uniquement en considération le stress et l'anxiété de l'assurée en cas de reprise d'activité, sans maladie psychique reconnue. Aucun des médecins n'a contredit les résultats diagnostics du Dr R \_\_\_\_\_, s'agissant de la santé psychique de la recourante. Les divers épisodes dépressifs (légers à moyens) ont en effet été remis dans leur contexte, ne permettant de retenir des éventuelles périodes d'incapacité de travail que provisoires.

A/4674/2009 - 38/40 - La Cour souligne également, au regard des arguments présentés par la recourante, qu'aucun des médecins n'a retenu de séquelles neuropsychologiques, pas même le Dr P\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, le taux retenu par l'expertise judiciaire sera admis. d. Il convient encore d'examiner les arguments présentés par la recourante relativement à l'âge proche de la retraite qu'elle considère comme une condition d'empêchement de retour à l'emploi ou d'élément à prendre en considération pour procéder à la répercussion d'un abattement de 25%, taux maximal déterminé par la jurisprudence. Tout d'abord, s'agissant de la proximité de l'âge de la recourante avec celui de la retraite, à savoir 62 ans lors de la prise de la décision attaquée, il ne saurait empêcher la prise en compte d'une capacité de travail. En effet, si, en accomplissement de son obligation de réduire le dommage, la recourante avait continué à exercer une activité professionnelle qui, on l'a vu, pouvait être celle qu'elle pratiquait antérieurement, à savoir celle de secrétaire-comptable, même à temps partiel, la question de sa réintégration dans le marché de l'emploi ne se poserait pas. Ensuite, la pratique relative au taux d'abattement n'est considérée par la jurisprudence qu'en cas d'application d'un revenu découlant des statistiques, afin d'affiner les données appliquées à un cas d'espèce, en prenant en compte toutes les caractéristiques. Elle ne s'impose dès lors pas s'agissant de déterminer le taux d'invalidité de la recourante. Quand bien même un tel abattement aurait-il dû être examiné dans le cas présent, il sied de constater qu'il n'aurait pu être que de 10 % au maximum, pour tenir compte du seul facteur lié à l'âge, puisque la diminution de rendement a déjà été prise en considération par les experts et que les autres conditions permettant de réduire le revenu d'invalidité ne sont pas réalisées.

e. Au vu de ce qui précède, un taux de capacité de travail de 80%, diminué de 15% de baisse de rendement, ne permet pas l'octroi d'une rente invalidité, puisqu'on aboutit à 68% de capacité de travail dans la même activité, donc sur la base du même revenu. Le taux d'invalidité de 40% nécessaire à l'octroi de la rente minimale n'est donc en aucun cas atteint. La décision attaquée sera par conséquent confirmée. 6. La recourante, qui succombe, sera par conséquent déboutée de ses conclusions en paiement relatives à ses frais d'expertise. 7. Dans la mesure où la recourante succombe, l'émolument de justice de 200 fr. devrait être mis à sa charge (cf. art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

A/4674/2009 - 39/40 - Toutefois, conformément à la pratique de l'autorité de céans, il convient de l'en dispenser dans la mesure où elle plaide au bénéfice de l'assistance juridique (ATAS/193/2013 ; art. 12 al. 1 RFPA).

A/4674/2009 - 40/40 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Déboute la recourante de ses conclusions en paiement. Dispense la recourante du paiement de tout émolument. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Florence SCHMUTZ

La présidente suppléante

Laurence CRUCHON

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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