

GE_GERICHTE ATAS/498/2016 vom 27. Juni 2016

GE Cour de justice, 2016-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_498_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/498/2016 du 27 juin 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/498/2016 del 27 giugno 2016

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des 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), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son

A/809/2016 - 14/25 - 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, les faits juridiquement déterminants remontent au plus tôt à 2011. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, puis dès le 1er janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 et 56 à 61 LPGA).

E. 3.2

; CIIAI nos 3023 et 3024). d. 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'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des

salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). e. La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

E. 4

Au vu de la décision du 5 février 2016 et des conclusions du recours, demeure litigieux le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité dès le 1er mars 2011.

E. 5

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). c. S'agissant plus particulièrement de la reconnaissance d'un trouble somatoforme douloureux persistant, elle suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.1 p. 285 et la référence). d. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/809/2016 - 15/25 -

E. 6

a. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 7

a. 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). b. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). c. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Est également pris en compte comme revenu hypothétique sans invalidité le revenu provenant d'une activité accessoire, si l'on peut admettre qu'elle a été exercée régulièrement sur une période relativement longue. Les heures supplémentaires régulièrement accomplies comptent aussi dans le revenu sans invalidité (arrêts du Tribunal fédéral 9C_45/2008, I 181/05, I 273/05 et 8C_671/2010). Lorsqu'un taux d'occupation supérieur à 100 % a été pris en compte pour déterminer le revenu sans invalidité, ce taux supérieur peut aussi être pris comme base pour déterminer le

A/809/2016 - 16/25 - revenu d'invalide, si aucune raison de santé ne s'y oppose (9C_766/2011 consid.

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

A/809/2016 - 17/25 - trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. 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 surexpertise 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, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

A/809/2016 - 18/25 - 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 9

a. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n.

E. 10

À titre liminaire, on rappellera que jusqu'au 23 février 2011, date de la première décision AI, la capacité de travail de l'assurée a déjà été tranchée par le Tribunal fédéral : sur la base de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2010, il a considéré qu'elle était entière dans toute activité adaptée, ce qui excluait alors le versement d'une rente d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_501/2012 du 31 décembre 2012, consid. 4 ss). Il n'y a pas lieu d'y revenir. Par ailleurs, contrairement à ce que prétend l'intimé, on ne saurait inférer de l'arrêt susvisé que le Tribunal fédéral a jugé l'expertise du Dr L._____ non convaincante. Comme cet expert s'était prononcé en faveur d'une incapacité de travail dès la date de son expertise du 11 janvier 2012, le Tribunal fédéral a estimé que son rapport ne pouvait pas être pris en considération pour juger de la légalité de la décision du 23 février 2011, ceci en vertu du principe jurisprudentiel selon lequel la légalité d'une décision s'apprécie d'après l'état de fait existant au moment de la clôture de la procédure administrative. En d'autres termes, le Tribunal fédéral a estimé que cette expertise ne constituait pas un moyen de preuve pertinent dans le cadre du recours

A/809/2016 - 19/25 - contre la décision de février 2011, raison pour laquelle il ne l'a pas examinée. Il ne s'est dès lors aucunement prononcé sur sa valeur probante.

E. 11

Il convient d'examiner la capacité de travail pour la période restant litigieuse, soit dès le mois de mars 2011. Pour ce faire, il sied de se pencher sur la valeur probante des rapports versés au dossier. L'intimé a fait siennes les conclusions de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015 quant à une capacité de travail restreinte par l'état dépressif à 50% dans toute activité adaptée depuis mai 2014, ce que la recourante conteste en se prévalant de l'expertise du Dr L_____, attestant d'une limitation de cette capacité de travail à 50-60% dans toute activité adaptée dès janvier 2012 déjà. Elle ajoute qu'au vu de l'aggravation psychiatrique relevée par le SMR en mai 2014, sa capacité de travail doit être considérée comme nulle depuis lors.

E. 12

a. L'expertise judiciaire du Dr L_____ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante, comme la Cour l'a déjà exposé dans son arrêt du 14 mai 2012 (ATAS/638/2012, consid. 9) : fondée sur trois entretiens avec la recourante et un entretien téléphonique avec son médecin, elle relate sa plainte, contient une anamnèse détaillée, et ses conclusions sont bien motivées. b/aa. S'agissant des critiques formulées par le SMR à l'encontre de cette expertise, tant en 2012 que dans le cadre de la présente procédure, on relèvera d'office qu'elles sont infondées : b/bb. Le diagnostic posé par l'expert L_____ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel atypique, est bien documenté et rejoint le trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, mentionné par le SMR dans son examen de 2015. Un trouble dépressif récurrent a aussi été retenu par le Dr G_____, psychiatre-traitant, et par la Clinique genevoise de Montana. b/cc. Dans son avis de janvier 2012 et son examen bi-disciplinaire de 2015, le SMR argue que la symptomatologie décrite dans l'expertise du Dr L_____ serait compatible avec une dysthymie, extraits de l'expertise à l'appui. Toutefois, la Cour constate que l'expert a dûment justifié l'exclusion de la dysthymie, en relatant que les troubles anxieux et dépressifs avaient nécessité deux hospitalisations, un arrêt de travail depuis fin 2009 ainsi qu'un suivi psychiatrique et des traitements psychotropes à long terme, de sorte que la sévérité et la durée de la maladie permettaient d'écarter ce diagnostic. Il a aussi motivé le trouble dépressif récurrent retenu, en exposant que l'assurée était suivie depuis les années 1990 pour des troubles anxieux et de l'humeur, et que depuis août 2009, son état était fluctuant, avec des périodes d'hospitalisations et des améliorations durant lesquelles elle pouvait avoir des relations sociales et faire des voyages. Enfin, à l'examen clinique, il a constaté la présence des trois symptômes principaux de l'épisode dépressif, soit la tristesse, la diminution du plaisir et la fatigue, lesquels étaient accompagnés d'une série d'autres symptômes (diminution de l'estime de soi,

A/809/2016 - 20/25 - attitude pessimiste face à l'avenir, idées suicidaires, perturbations du sommeil et douleurs somatoformes - cf. expertise, p. 11 s). L'appréciation diagnostique divergente du SMR, fondée sur des extraits de l'expertise sortis de leur contexte, ne met pas en exergue d'élément susceptible d'avoir été ignoré par le Dr L_____. On peine au demeurant à la comprendre, dans la mesure où ce service a lui-même retenu un trouble dépressif récurrent en 2015 sur la base d'une symptomatologie semblable à celle décrite par l'expert. Par ailleurs, c'est à tort que le SMR conteste la présence d'un épisode dépressif au motif que l'intéressée s'est rendue au Portugal en 2011 et a pu se faire des amis, les troubles de l'assurée n'excluant apparemment pas certaines améliorations transitoires. Quant à l'hypothèse, évoquée par le SMR en 2012, d'un diagnostic de majoration des symptômes pour raison psychologiques, elle a été écartée non seulement par l'expert mais aussi par le

SMR lui-même en 2015. b/dd. Le SMR reproche à l'expert d'avoir écarté le diagnostic de fibromyalgie. Toutefois, l'expert s'est seulement rallié au point de vue exprimé par le SMR en 2010 selon lequel le diagnostic de fibromyalgie devait être exclu (cf. rapport SMR 2010, p. 6). Il n'a donc pas outrepassé ses compétences. b/ee. C'est également en vain que le SMR conteste l'exclusion du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'expert ayant précisé que ce diagnostic devait être écarté lorsque, comme en l'espèce, les douleurs surviennent au cours d'un état dépressif. En effet, selon l'anamnèse du Dr L_____, la recourante a consulté un psychiatre pour des troubles dépressifs au Portugal, puis dès son arrivée en Suisse en 1987 ; ce n'est qu'en 2009 que l'expert note l'apparition de douleurs généralisées dans le cadre d'une aggravation des troubles dépressifs et anxieux. Sur questions, le Dr E_____ lui a indiqué qu'un diagnostic initial de troubles dépressif avait été posé en 2008 et le Dr G_____, psychiatre-traitant, que les troubles dépressifs existaient en tout cas avant les douleurs somatoformes, de sorte qu'il partageait l'opinion de l'expert selon laquelle ces douleurs faisaient partie des troubles dépressifs (cf. expertise, p. 2 et 10 s). Enfin, pendant l'entretien de détection précoce de 2010 (p.2), l'assurée a situé l'apparition de ses douleurs postérieurement à son état dépressif actuel, et lors de l'examen du SMR de 2015 (p.5), elle a indiqué qu'elles étaient survenues en même temps. Les douleurs en question ne sont donc pas antérieures à l'état dépressif, comme le SMR le soutient. Le SMR fait remarquer que selon le rapport du Dr G_____ d'août 2010, les douleurs de l'assurée pourraient être la principale cause de son anxiété et de ses difficultés de concentration. Cela ne change rien au fait que, selon ce médecin, les douleurs de l'assurée sont apparues postérieurement à ses symptômes dépressifs, lesquels remontent apparemment au décès de ses parents (cf. rapports du Dr G_____ des 20 mai, 28 juillet, 18 août 2010, 20 avril 2015).

A/809/2016 - 21/25 - Partant, force est d'admettre que l'expert a démontré de manière convaincante l'exclusion du trouble somatoforme douloureux. c. En définitive, l'appréciation divergente du SMR ne met pas en exergue le moindre élément objectivement vérifiable qui pourrait avoir été ignoré en 2012 par le Dr L_____ et serait suffisamment pertinent pour remettre en cause ses conclusions quant à une capacité de travail de 55% (entre 50 et 60%) dès le 11 janvier 2012. La Cour ne saurait donc s'en écarter.

E. 13

S'agissant de l'examen bi-disciplinaire du SMR de 2015, il appelle les commentaires suivants. a. Pour les motifs qui viennent d'être exposés (cf. consid. 14b/bb), cet examen n'emporte pas la conviction en tant qu'il conteste l'incapacité de travail attestée par l'expert L_____ en 2012, au motif que la symptomatologie observée à l'époque serait compatible avec une dysthymie. b. Quant au diagnostic de trouble somatoforme douloureux retenu par le SMR, il paraît douteux au regard des explications de l'expert selon lesquelles on doit l'exclure lorsque les douleurs surviennent au cours d'un état dépressif. Ce diagnostic peut cependant rester indécis, puisqu'à teneur du rapport d'examen bi-disciplinaire, « l'épisode dépressif moyen (...) est responsable d'une diminution de la capacité de travail de 50% dans toute activité » (rapport SMR 2015, p. 15). On peut en déduire que l'épisode dépressif justifie à lui seul les conclusions du SMR quant à une limitation à 50% de la capacité résiduelle de travail depuis mai 2014. Ces conclusions sont donc valables indépendamment du point de savoir si le diagnostic de trouble somatoforme douloureux est justifié. c. Pour le reste, force est de constater que l'examen psychiatrique du SMR converge dans une large mesure avec celui du Dr L_____ : le diagnostic retenu de trouble dépressif récurrent,

épisode actuel moyen avec épisode somatique, est voisin de celui posé par l'expert, tandis que les symptômes constatés par le SMR sont tous mentionnés par le Dr L_____ dans son expertise. Enfin, la capacité résiduelle de travail de 50% retenue par le SMR depuis mai 2014, période à laquelle l'assurée a été prise en charge au CTB, paraît proche du taux de 55% mentionné par l'expert. d. Sur le plan somatique, l'examineur du SMR relate essentiellement des douleurs diffuses, des troubles dégénératifs de la colonne cervicale et une hernie C6-C7 gauche, attestés par une IRM du Dr O_____ de mai 2012. Il retient diverses limitations d'épargne cervicale, lesquelles réduisent à néant la capacité de travail dans l'ancienne activité de femme de ménage dès le 26 mai 2012, mais n'empêchent pas l'exercice d'une activité adaptée à plein temps. Il n'y a pas lieu de douter de cette conclusion, qui n'est pas mise en doute par les médecins de la recourante.

A/809/2016 - 22/25 - e. En définitive, l'examen bi-disciplinaire du SMR peut être suivi en tant qu'il évalue à 50% la capacité de travail globale de l'assurée dans toute activité adaptée dès le 1er mai 2014, taux qui coïncide avec celui mentionné par le Dr N_____ (cf. rapport du 9 septembre 2014). En revanche, pour la période antérieure courant du 11 janvier 2012 au 30 mars 2014, la Cour fera siennes les conclusions de l'expert L_____ quant à une capacité de travail de 55% dans toute activité adaptée.

E. 14

Les rapports divergents des médecins-traitants, émanant notamment des Drs E_____, G_____ et K_____, ne permettent pas de s'écarter des conclusions qui précèdent ni de retenir une quelconque incapacité de travail antérieurement à l'expertise judiciaire : leur motivation paraît succincte et surtout, ils ne mettent pas en évidence d'éléments déterminants dont l'expert et le SMR n'auraient pas déjà tenu compte dans leurs rapports de 2010, 2012 et 2015. Il sied également de tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 15

Pour tous les motifs qui précèdent, la Cour retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée a présenté une capacité de travail dans toute activité de 100% jusqu'au 10 janvier 2012. Dès le 11 janvier 2012, date de l'expertise judiciaire, sa capacité de travail a diminué à 55% dans toute activité adaptée. Depuis le 1er mai 2014, date de sa prise en charge au CTB, elle s'élève à 50% dans toute activité compatible avec les limitations retenues par le SMR. On rappellera que ces limitations sont les flexions-extensions et rotations répétées de la nuque, les travaux avec les bras au-dessus de l'horizontale, le port de charges supérieures à dix kilogrammes, la fatigabilité et la diminution des ressources adaptatives (cf. rapport SMR 2015, p. 16).

E. 16

Il convient à présent de vérifier le calcul du degré d'invalidité et, partant, de se prononcer sur le droit à la rente. a. Le statut d'active à 100% retenu par l'intimé n'est pas contesté. b. Pour calculer le degré d'invalidité, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222). En l'occurrence, le droit éventuel à la rente naît le 11 janvier 2013, un an après le début de l'incapacité de travail attestée par l'expert L_____ (art. 28 al. 1 LAI).

En outre, le SMR mentionne une aggravation de l'état de santé au 1er mai 2014. Il convient donc de se placer en 2013 puis en 2014 pour procéder à la comparaison des revenus. c. La décision querellée fixe le revenu sans invalidité à CHF 48'813.- sur la base des revenus versés à l'assurée en 2008 par l'Institut B_____ et Mme C_____ selon l'extrait de compte individuel AVS. La recourante reproche à l'intimé de ne

A/809/2016 - 23/25 - pas avoir tenu compte du revenu accessoire qu'elle réalisait auprès de D_____ AG jusqu'en janvier 2009. Le revenu sans invalidité se déduit du salaire réalisé en dernier lieu avant l'atteinte à la santé (ATF 129 V 222). En l'espèce, les médecins de la recourante n'ont attesté d'aucune incapacité de travail durable avant le 11 novembre 2009. C'est donc au plus tôt à cette date que remonte son atteinte à la santé, et contrairement à ce que l'assurée laisse entendre, il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles qu'elle présentait antérieurement l'ont contraint à cesser son activité pour D_____ AG (arrêt du Tribunal fédéral 9C_535/2010 du 6 juillet 2011, consid. 4.1). Par ailleurs, la recourante n'a exercé cette activité accessoire qu'entre juillet 2007 et janvier 2009, soit sur une durée relativement brève. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le revenu sans invalidité sur la seule base des revenus qu'elle a perçus auprès de l'Institut B_____ et de Mme C_____, sans tenir compte de celui versé par D_____ AG. Une solution identique avait d'ailleurs été retenue par la Cour dans son arrêt antérieur (ATAS/638/2012, consid. 10a), ce que l'assurée n'avait alors pas contesté. En 2008, l'assurée a touché auprès de L'Institut B_____ et de Mme C_____ un revenu annuel de CHF 46'066.-. En tenant compte de l'évolution des salaires selon l'indice suisse des salaires nominaux (en 2008 : 2'499 ; en 2013 : 2'648 et en 2014 : 2'673), son revenu sans invalidité s'élève à CHF 48'813.- en 2013 et à CHF 49'273.- en 2014. d/aa. S'agissant du revenu d'invalidé, l'intimé l'a fixé en 2013 à CHF 44'024.- pour un plein temps sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau 1, femme, indexé), après avoir tenu compte d'un abattement de 15% lié aux limitations fonctionnelles et au fait que seules des activités légères sont possibles. La recourante ne conteste pas la fixation de son revenu d'invalidé sur une base statistique, méthode qui ne paraît au demeurant pas contestable. En revanche, elle critique l'abattement retenu par l'intimé, dont elle soutient, toutefois sans motiver sa position, qu'il aurait dû s'élever à 25%. d/bb. Aucun élément ne justifie de s'écarter du taux d'abattement de 15% retenu par l'administration : les limitations fonctionnelles de la recourante ont déjà été prises en compte, et son âge – 53 ans lors du prononcé de la décision litigieuse – ne peut pas être considéré comme un facteur la contraignant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail à des conditions économiques moins favorables que la moyenne. Par ailleurs, sa nationalité étrangère ne constitue pas non plus un élément justifiant une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé, attendu qu'elle est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 700/04 du 17 janvier 2006, consid. 4.3.3).

A/809/2016 - 24/25 - d/cc. Indexé, adapté à la durée normale du travail de 41,7 heures et réduit de 15%, le revenu d'invalidé s'élève, pour un plein temps, à CHF 44'024.- en 2013 et à CHF 44'440.- en 2014. Rapporté à la capacité de travail exigible de 55%, il s'élève à CHF 24'213.- en 2013. Dès le 1er mai 2014, vu la diminution subséquente de la capacité de travail à 50%, il s'élève à CHF 22'220.-. e. À l'issue du délai de carence d'un an au 11 janvier 2013, la recourante présentait une capacité résiduelle de travail de 55% dans toute

activité adaptée à ses limitations. La comparaison des gains met en exergue un degré d'invalidité de 50,4% (48'813 – 24'213) / 48'813). Arrondi à 50%, ce taux lui ouvre droit au versement d'une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). f. Dès le 1er mai 2014, le degré d'invalidité augmente à 55 % (49'273 – 22'220) / 49'273). Ce changement n'a pas d'incidence sur le droit à la demi-rente d'invalidité, le taux demeurant inférieur à 60%. g. Enfin, on précisera qu'il ne se justifie pas de faire courir un nouveau délai de carence dès le 1er mai 2014, contrairement à ce que soutient l'intimé. En effet, à teneur de l'examen du SMR de 2015 (p. 15), cette date coïncide avec une aggravation de la symptomatologie dépressive, non pas avec la survenance d'une nouvelle atteinte à la santé distincte du trouble dépressif récurrent présent antérieurement. Or, selon la jurisprudence, l'aggravation d'une atteinte à la santé préexistante ne crée pas un nouveau cas d'assurance. Dès lors, elle ne fait pas partir un nouveau délai de carence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_294/2013, consid. 3.1).

E. 17

La Chambre de céans disposant de tous les éléments nécessaires pour statuer sur le droit à la rente d'invalidité, les mesures d'instruction sollicitées sont rejetées, par appréciation anticipée des preuves. On précisera incidemment qu'au vu de l'exclusion par l'expert L _____ du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, l'instruction médicale n'a pas à être complétée en fonction des principes publiés aux ATF 141 V 281, ce qui n'est au demeurant pas requis par les parties.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse réformée, en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er janvier 2013. La recourante, représentée par un mandataire, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe en l'occurrence à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 500.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/809/2016 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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