

GE_GERICHTE ATAS/894/2012 vom 5. Juli 2012

GE Cour de justice, 2012-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_894_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/894/2012 du 5 juillet 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/894/2012 del 5 luglio 2012

Erwägungen

E. 4

Le 6 mars 2008, l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE) indiqua que la recourante avait perçu des indemnités en cas de chômage dès le 11 mars 2002, puis du 19 mai 2005 au 18 mai 2007. Le gain assuré s'élevait à 3'302 fr.

E. 5

Sur demande du Dr C _____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR), le Dr A _____ adressa à l'OAI un avis du Dr D _____, neurochirurgien auprès des HUG, daté du 10 janvier 2008. Le Dr D _____ préconisait une exploration chirurgicale pour décompression d'un problème monoradiculaire L5 gauche. La recourante y avait toutefois renoncé pour le moment.

E. 6

Le 27 mai 2008, le nouveau médecin traitant de la recourante, la Dresse E _____ établit un rapport médical largement superposable au rapport du Dr A _____ du 7 janvier 2008. Un diagnostic d'anémie ferriprive probablement liée à la prise chronique de son traitement s'y ajoutait toutefois.

E. 7

Le 10 juin 2008, le Dr C _____ du SMR fut d'avis que l'incapacité de travail était complète depuis le 18 juillet 2007, mais qu'il fallait attendre la prise en charge chirurgicale pour évaluer l'évolution. Le refus de l'intervention chirurgicale

A/483/2010 - 4/20 - proposée était curieux vu que les douleurs sont permanentes et incontrôlables. Il convenait d'interroger le médecin traitant au sujet de l'évolution de l'anémie, d'éventuels problèmes particuliers suite à l'opération de la surrenale, et quant à un éventuel risque particulier en cas d'opération d'hernie discale.

E. 8

La Dresse E _____ répondit le 14 juillet 2008 que l'anémie se corrigeait gentiment sous traitement, que la recourante présentait une insuffisance surrénalienne substituée par l'hydrocortisone et qu'il fallait interroger le Dr D _____ s'agissant d'éventuels risques particuliers en cas d'opération de l'hernie discale.

E. 9

Le 9 septembre 2008, le Dr C _____ indiquait que l'incapacité de travail restait totale. En cas d'opération, il fallait prévoir une convalescence de 4 à 6 mois. Si une rente était octroyée sans opération, il fallait prévoir une révision à 1 an. En cas de status mixte il y avait un handicap « pour les gros travaux, aspirateur, lits, repassage, soins aux enfants (si en bas âge) ».

E. 10

Il fut procédé à une enquête économique sur le ménage le 11 décembre 2008. Selon la recourante, si elle était en bonne santé, elle travaillerait à 50% car elle a des enfants en bas âge. Arrivée à Genève en 2000, la recourante avait occupé divers emplois temporaires. Elle avait bénéficié du chômage, puis travaillé 1 an à l'Office des poursuites comme commise administrative. Les deux enfants les plus jeunes vivaient à Genève, tandis que les 5 aînés vivaient au Congo. Compte tenu de l'aide du mari et d'une sœur, l'empêchement dans la tenue du ménage était évalué à 26,2 %.

E. 11

Le 15 janvier 2009, la Dresse F_____ du SMR préconisa une expertise auprès du Dr G_____, spécialiste FMH en rhumatologie, afin de préciser les limitations fonctionnelles et la capacité de travail.

E. 12

Le 22 janvier 2009, la recourante adressa à l'AI divers rapports médicaux en sa possession. Outre des éléments déjà mentionnés, s'y trouvaient les éléments pertinents suivants : a) Un avis du Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, du 28 novembre 2008 au terme duquel « [la recourante] souffre de douleurs chroniques généralisées, sans horaire inflammatoire s'inscrivant probablement dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie. L'anamnèse, l'examen clinique et le bilan sanguin mentionné ci-dessus permettent raisonnablement d'exclure un rhumatisme inflammatoire débutant. La cortisolémie étant dans les limites de la norme, on

A/483/2010 - 5/20 - ne peut pas imputer ce tableau de douleurs diffuses à l'insuffisance surrénalienne qui est actuellement correctement substituée. » Selon cet avis, le Dr D_____ à nouveau consulté en septembre 2008 ne retenait plus l'indication opératoire en raison du caractère très diffus des douleurs. Une physiothérapie active avait été prescrite. b) Un rapport d'IRM cervicale du 28 octobre 2008 mentionnant l'absence de signe de compression radiculaire ou médullaire au niveau cervical et un début de discarthrose avec uncarthrose modérée en C4-C5.

E. 13

Suite à un examen clinique du 4 mars 2009, le Dr G_____ rédigea un rapport d'expertise le 6 mars 2009. Il retenait les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie) ; syndrome de fatigue chronique ; et rachialgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires HD L4-L5 et protrusion discale L5-S1. S'y ajoutaient les diagnostics suivants, mais sans répercussion sur la capacité de travail : status post surrénalectomie pour adénome bénin et syndrome de Cushing en mai 2007 ; status post-kystectomie en 2003 ; status post-mastectomie réductrice en mars 2008 ; césarienne en 2003 et 2006 ; et probable syndrome anxio-dépressif sous-jacent et au décours. Il avait été constaté la présence de douleurs périarticulaires probablement imputables à un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent avec nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur et un syndrome de fatigue chronique. Le Dr G_____ mentionnait avoir noté la présence de 4/5ème des signes de non organicités selon Waddell et de 18/18 points de fibromyalgie positifs. Il avait aussi noté la présence de signes anxio-dépressifs avec labilité émotionnelle anhédonie et moral abaissé. S'agissant de la capacité de travail, l'activité habituelle de comptable et de commise administrative était considérée comme adaptée car la recourante

pouvait éviter les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les longs déplacements et les ports de charge (limités à 5 kg de manière répétitive). Au titre des limitations fonctionnelles, le Dr G_____ mentionnait par ailleurs les positions assise ou debout prolongées. Sous l'angle rhumatologique, la capacité de travail était estimée à 70%, à augmenter de 10 % par mois en fonction de l'évolution sous la nouvelle prise en charge balnéothérapeutique introduite en février 2009. Il expliquait sa divergence

A/483/2010 - 6/20 - par rapport à l'avis de la Dresse E_____ de la manière suivante : « A mon avis, l'impotence fonctionnelle réside essentiellement dans le ressenti des douleurs chroniques associées à un syndrome de fatigue chronique. La discopathie ne paraît pas être responsable de l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il n'y a pas d'affection inflammatoire sous-jacente pouvant expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Dès lors, nous sommes face à une discordance entre l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et les découvertes cliniques et paracliniques de ce jour. » Précédemment, la recourante avait été incapable de travailler dès l'année 2005 et ce jusqu'en décembre 2008, soit six mois après son opération. Dès le mois de décembre 2008, une reprise à 50% était exigible.

E. 14

Conformément à un avis de la Dresse F_____ du 16 avril 2009, un examen psychiatrique a eu lieu le 7 mai 2009 au SMR. Cet examen a été pratiqué par la Dresse I_____, laquelle n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique que ce soit avec ou sans répercussion sur la capacité de travail, ni aucune limitation fonctionnelle.

E. 15

Par projet de décision du 17 juin 2009, l'OAI rejeta la demande de prestations de la recourante, considérant qu'il n'y avait pas d'atteinte invalidante à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Ce projet de décision fut annulé par courrier du 18 juin 2009, l'instruction du dossier n'étant pas encore terminée.

E. 16

Dans un rapport médical reçu par l'OAI le 29 juin 2009, le Dr J_____, indiqua que la recourante souffrait de myalgies, d'un état dépressif, d'obésité et d'anémie, ceci avec répercussion sur la capacité de travail. Elle souffrait également d'insuffisance surrénalienne, mais sans répercussion sur la capacité de travail. Pour le surplus, il n'avait vu la recourante qu'à deux reprises et ne l'avait pas revue récemment. L'OAI était ainsi renvoyée au Dr A_____.

E. 17

Dans un rapport médical du 28 juillet 2009, le Dr K_____ indiqua que la recourante souffrait d'insuffisance corticotrope post-surrénalectomie droite par adénome responsable d'un syndrome de Cushing. Il n'avait vu la recourante qu'une seule fois et ne pouvait ainsi se prononcer au sujet de la capacité de travail. Toutefois, il précisait : « D'un point de vue endocrinien, l'insuffisance corticotrope après guérison du Cushing entraîne une asthénie/faiblesse, mais celle-ci est substituée par hydrocortisone. Donc, sur ce plan là, il n'y a pas d'incompatibilité à exercer une activité professionnelle ».

E. 18

Dans un avis du 15 septembre 2009, la Dresse L_____ du SMR releva que l'avis du Dr K_____ corroborait celui du Dr G_____. Il fallait toutefois noter que le Dr G_____ avait fait une erreur sur la date de l'opération, laquelle avait eu lieu en mai 2007 et non pas en mai 2008. En conséquence, l'exigibilité retenue par le Dr G_____ était extrapolée dès fin 2007. La

A/483/2010 - 7/20 - recourante avait bénéficié de prestations de chômage jusqu'en mai 2007. Il était ainsi retenu une incapacité de travail complète de mai à décembre 2007, puis une capacité de travail de 70% (susceptible d'être augmentée progressivement) dès janvier 2008.

E. 19

Par projet de décision du 6 octobre 2009, l'OAI rejeta derechef la demande de prestations de la recourante. Il était retenu que la capacité de travail était restreinte depuis mai 2007, début du délai d'attente d'un an, mais s'était améliorée en janvier 2007 [recte : 2008]. Il n'y avait pas de perte de gain dans la sphère professionnelle (pondérée à hauteur de 50%), et les empêchements dans la part ménagère (également pondérée à hauteur de 50%) ne dépassaient pas 10 %.

E. 20

La recourante s'opposa à ce nouveau projet de décision le 5 novembre 2009. Elle critiquait les avis des Drs G_____, I_____ et L_____, relevant différentes contradictions, notamment s'agissant des dates erronées retenues par le Dr G_____. Il était joint un avis médical de la Dresse E_____ du mois d'octobre 2009. Selon cet avis, la recourante ne pouvait pas rester assise plus de 30 minutes en raison de ses problèmes de dos, ce qui limitait l'activité de bureau. La capacité de travail dans l'activité de comptable était difficile à évaluer, mais était au maximum de 30 à 50 %.

E. 21

Dans un avis du 14 décembre 2009, la Dresse L_____ défendit ses conclusions du 15 septembre 2009, relevant qu'elles se fondaient sur les avis des Drs G_____ et I_____. S'agissant de la confusion dans les dates, le Dr G_____ avait confirmé, lors d'un entretien téléphonique, qu'une erreur de frappe s'était glissée dans son rapport et qu'il fallait lire que la recourante avait bénéficié d'un traitement adéquat seulement en mai 2007 concernant le syndrome de Cushing. C'était en décembre 2007, soit 6 mois après l'opération, qu'une reprise d'activité professionnelle à 50 % aurait raisonnablement pu être exigée. Ladite correction fut confirmée le 14 décembre 2009 par un courrier du Dr G_____.

E. 22

La demande de prestations de la recourant fut rejetée par décision du 4 janvier 2009 [recte : 2010].

E. 23

Dans un avis du 4 février 2010, le Dr M_____, rhumatologue FMH, fit état d'une aggravation de l'état général de la recourante, de ses douleurs et de son bilan neurologique. Il signalait que durant le premier trimestre 2009, la recourante, qui a accouché le 9 octobre 2009, était enceinte. Les lombalgies s'étaient accentuées tout au long de l'année 2009, probablement en rapport avec la grossesse. Des douleurs lombaires constantes en

aggravation même nocturne persistaient après l'accouchement. Elle était handicapée par la géographie de son logement nécessitant la montée de 3 séries de douze marches.

A/483/2010 - 8/20 - Il était précisé « L'examen est compatible avec une lombosciatalgie S1 gauche avec une manœuvre de Lasègue positive à gauche à 90°, des lombalgies irradiant sur le bord latéral du pied gauche. Lors de la manœuvre controlatérale cela déclenche des lombalgies droite[s]. La flexion antérieure est impossible à réaliser en raison d'une contracture lombaire droite et de douleurs irradiant dans le membre inférieur gauche. Il n'y a pas de perte de force à l'examen grossier ». Une IRM dorso-lombaire pratiquée le 28 janvier 2010 montrait toujours la présence d'une importante hernie discale L4-L5 comprimant le fourreau dural et une aggravation d'une hernie discale L5-S1 postéro-médiane et paramédiane gauche vraisemblablement à l'origine de la sciatalgie S1 actuelle. Il y avait également un rétrécissement canalaire qui pourrait être à l'origine des douleurs aggravées en position assise après 30 minutes ou à la marche après 30 minutes. Le Dr M_____ mentionnait un état dépressif aggravé depuis l'expertise de mars 2009.

E. 24

La recourante contesta la décision du 4 janvier 2010 par acte adressé au Tribunal des assurances sociales par pli postal du 8 février 2010. Elle concluait à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi d'une rente entière de l'assurance- invalidité. Elle considère que l'ensemble des critères permettant de retenir une fibromyalgie invalidante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral sont réalisés. Ce faisant, elle critique en particulier l'avis du Dr G_____.

E. 25

Par acte du 18 mars 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il se fondait sur un avis du SMR du 12 mars 2010. Cet avis, signé par la Dresse L_____ reprenait point par point les éléments mentionnés dans l'avis du Dr M_____ du 4 février 2010 et les arguments soulevés dans le cadre du recours du 8 février 2010. Selon la Dresse L_____, le Dr M_____ avait une appréciation différente d'une situation restée superposable, de sorte que les conclusions du 15 septembre 2009 ne pouvaient en être modifiées.

E. 26

Par écriture spontanée du 30 mars 2010, la recourante critiqua l'avis médical de la Dresse L_____ et persista dans ses précédentes conclusions, tout en sollicitant l'audition de la Dresse E_____, dont un rapport médical daté du 29 janvier 2010 était annexé. Selon ledit rapport médical, une reprise d'activité professionnelle ne semblait pas envisageable et le pronostic était plutôt défavorable, car il n'y avait pas eu de reprise de l'axe corticotrope trois ans après l'opération. La recourante avait développé un état anxio-dépressif, actuellement sous antidépresseur. Les traitements entrepris n'avaient pas donné les résultats escomptés. Il était également fait mention des problèmes lombaires qui n'avaient pu faire l'objet d'une

A/483/2010 - 9/20 - intervention chirurgicale pour le moment car les douleurs diffuses causées en partie par l'insuffisance corticotrope n'ont pas pu être stabilisées.

E. 27

Le 24 juin 2010, après avoir soumis aux parties le nom des experts retenus ainsi que le détail de la mission d'expertise, le Tribunal cantonal des assurances sociales a ordonné et

mis sur pied une expertise bidisciplinaire qu'il a confiée au Dr O _____, rhumatologue FMH, et au Dr P _____, psychiatre FMH.

E. 28

Par nouvelle écriture spontanée du 17 juin 2011, la recourante déposa notamment un certificat médical de la Dresse E _____ du 7 juin 2011, lequel décrit le passé médical de la recourante et conclut à une incapacité de travail complète avec un pronostic défavorable, malgré les traitements mis en place et une bonne compliance. Cet avis médical a été transmis aux experts.

E. 29

Les experts déposèrent leur rapport le 29 novembre 2011. Ils retinrent les diagnostics suivants : • Douleurs musculaires diffuses ; • Lombalgies non spécifiques ; • Status post ablation d'un adénome surrénalien ; • Episode dépressif moyen avec syndrome somatique ; • Syndrome douloureux somatoforme persistant. Leur appréciation est la suivante : « Du point de vue somatique, il existe surtout un état d'asthénie qui est exprimé de façon importante tout au long de l'expertise ; cet état est probablement à mettre en rapport avec l'état dépressif mis en évidence par le Dr P _____. En effet, la substitution corticoïdienne est adéquate, bien que l'on relève du point de vue biologique une difficulté de la surrénale à reprendre un rythme circadien adéquat (cortisol bas le matin). Les lombalgies peuvent être définies comme communes et ne rentrent pas dans le cadre d'un canal lombaire étroit ni dans celui de douleurs radiculaires, car il n'y a pas de corrélation radio-clinique. Il n'y a pas de tassement vertébral qui aurait pu être consécutif à l'hypercorticisme présent avant la surrénalectomie et qui aurait pu expliquer les lombalgies. Du point de vue somatique, il n'y a pas à proprement parler de diminution de la capacité de travail dans une activité sédentaire ; on peut toutefois admettre une diminution du rendement de 25 % dans son activité professionnelle antérieure, due à la fatigue qui est d'origine mixte, somatique et psychologique.

A/483/2010 - 10/20 - Du point de vue psychiatrique, l'expertisée présente actuellement un état dépressif, d'un degré de gravité moyen. Il se caractérise cliniquement par une altération de l'humeur, qui est triste et irritable, par une fatigue et une asthénie, par une perte d'estime de soi et de confiance en soi, par un état de découragement et une vision pessimiste de l'avenir, ainsi que par des troubles du sommeil et de l'appétit. Les capacités cognitives (concentration, attention, mémoire) ne sont pas notablement perturbées. Associé au syndrome douloureux chronique, cet état a de légères répercussions sur la capacité de travail de l'expertisée. » Les experts indiquent que le syndrome douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible permettant à la recourante d'exercer le métier de comptable, avec une baisse de rendement de 25 % tout au plus (en raison du syndrome somatoforme douloureux associé à l'état dépressif moyen), que ce soit dans l'activité professionnelle ou dans la tenue du ménage. Ils précisent qu'un travail de bureau est possible, avec une adaptation du poste de travail et la possibilité d'alterner régulièrement les positions assis et debout (en raison des lombosciatalgies non déficitaires). Une activité nécessitant des efforts physiques importants (port de charges lourdes, mouvements fréquents du dos avec charges) n'est pas exigible.

E. 30

Dans sa détermination du 11 janvier 2011 [recte : 2012], l'OAI persista dans ses conclusions visant au rejet du recours et à la confirmation de sa décision du 4 janvier 2010.

L'OAI se référait à l'avis du SMR du 12 décembre 2011, selon lequel le trouble somatoforme et l'état dépressif moyen qui y est associé ne remplissent pas les critères permettant de les reconnaître comme des atteintes incapacitantes. Le SMR ajoute que la diminution de rendement de 25 % retenue par les experts est discutable, car elle ne se rapporte à aucune atteinte médicalement objectivable. Le SMR considère ainsi que l'exigibilité de 70 % en janvier 2008 est désormais de 100 %.

E. 31

Dans sa détermination du 31 janvier 2012, la recourante persista dans ses précédentes conclusions, s'appuyant sur un avis de la Dresse E_____ du 24 janvier 2011 [recte : 2012]. La recourante conteste l'appréciation des experts quant à sa capacité de travail. Elle maintient qu'une reprise de travail n'est pas envisageable, même dans une activité adaptée. Elle indique que l'expertise date de l'été 2010 et que son état s'est péjoré depuis lors, avec une accentuation de son état dépressif ainsi que de son syndrome douloureux somatoforme. Selon la recourante, les experts n'ont pas pris en compte toutes les atteintes dont elle souffre et ont minimisé celles retenues. De la sorte le rapport des experts devrait être écarté et il

A/483/2010 - 11/20 - conviendrait de se fonder sur les appréciations médicales concordantes des médecins traitants.

E. 32

La cause fut gardée à juger le 6 février 2012.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue 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 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. En principe, les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 p. 27, 130 V 445 consid. 1.2.1 p. 447). En l'espèce, la demande de prestations de la recourante remonte au mois d'octobre 2008 et la décision entreprise au mois de janvier 2010. Ainsi, la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable en l'espèce. Quant à la loi fédérale sur l'assurance invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20), elle est applicable dans son état comprenant sa 5ème révision, entrée en vigueur le 1er janvier 2008. 3. Le fardeau de la preuve de la notification d'un acte et de sa date incombe en principe à l'autorité qui entend en tirer une conséquence juridique (ATF 124 V 402 consid. 2a, 122 I 100 consid. 3b, 114 III 53 consid. 3c et 4, 103 V 65 consid. 2a). En ce qui concerne plus particulièrement la notification d'une décision ou d'une communication de l'administration adressée par courrier ordinaire, elle doit au moins être établie au degré de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurance sociale (ATF 124 V 402 consid. 2b, 121 V 6 consid. 3b). L'autorité

A/483/2010 - 12/20 - supporte donc les conséquences de l'absence de preuve (ou de vraisemblance prépondérante) en ce sens que si la notification ou sa date sont contestées et

qu'il existe effectivement un doute à ce sujet, il y a lieu de se fonder sur les déclarations du destinataire de l'envoi (ATF non publié du 5 mai 2008, 8C_621/2007; consid. 4.2). En l'espèce, la recourante allègue, sans être contredite, avoir reçu la décision du 4 janvier 2009 [recte : 2010], le 8 janvier 2010. Ainsi, le recours adressé au Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, par pli postal du 8 février 2010 intervient en temps utile, vu le report des délais échéant un samedi ou un dimanche (art. 38 al. 3 et 60 al. 1 LPGA). Les autres conditions prévues par les art. 56 et ss LPGA étant réalisées, le recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, et singulièrement sur l'existence d'une atteinte à la santé invalidante. 5. 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 être 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 (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 A non publié du 19 avril 2002, I 554/01).

A/483/2010 - 13/20 - La jurisprudence a déterminé trois méthodes d'évaluation du degré de l'invalidité, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut à chaque fois se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 334, consid. 3). 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 [RS 830.1]) 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). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en

exercer une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA et 27 RAI [RS 831.201]). Par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (cf. art. 27 RAI). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30

A/483/2010 - 14/20 - consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. 6. En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine

connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme

A/483/2010 - 15/20 - expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe 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 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, 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). 7. En l'espèce, la recourante estime que sa capacité de travail est nulle en raison de son état de santé, faisant valoir les avis de différents médecins. a) Elle a souffert d'une maladie de Cushing, soignée avec succès, sous réserve d'une insuffisance surrénalienne, laquelle n'entraîne toutefois aucune incapacité de travail (avis du Dr G _____ du 6 mars 2009, du Dr DU J _____ du 29 juin 2009 et du Dr K _____ du 28 juillet 2009). b) Elle souffrait également de douleurs dorsales, pour lesquelles le Dr D _____ ne retenait plus d'indication opératoire en septembre 2008, en raison du caractère très diffus des douleurs (avis du Dr H _____ du 28 novembre 2008), étant précisé qu'une IRM pratiquée le 28 octobre 2008 fait état de l'absence de signe de compression radiculaire ou médullaire au niveau cervical. c) Le Dr H _____, dans son avis du 28 novembre 2008, indiqua toutefois que la recourante souffrait de douleurs chroniques généralisées, sans horaire inflammatoire, s'inscrivant probablement dans le contexte d'un trouble somatoforme douloureux persistant de type fibromyalgie, l'anamnèse, l'examen clinique et le bilan sanguin permettant d'exclure un rhumatisme inflammatoire débutant. Sur mandat du SMR, le Dr G _____ réalisa une expertise le 6 mars 2009 et confirma le diagnostic de syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), ainsi que celui de syndrome de fatigue chronique et de rachialgies récurrentes sans signes radiculaires irritatifs ou déficitaires, ceci avec répercussion sur la capacité de travail.

A/483/2010 - 16/20 - Toutefois, dans une activité de comptable ou de commise administrative permettant d'éviter les mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier, les longs déplacements ou les ports de charge, de même que les positions assises ou debout prolongées, la recourante avait une capacité de travail de 70%, à augmenter de 10% par mois en fonction de l'évolution, sous prise en charge balnéothérapeutique dès le mois de février 2009. Il expliquait qu'à son avis, l'impotence fonctionnelle résidait essentiellement dans le ressenti des douleurs chroniques, associées à un syndrome de fatigue chronique. La discopathie ne paraissait pas responsable de l'ampleur de la symptomatologie douloureuse et il n'y avait pas d'affection inflammatoire sous-jacente, permettant d'expliquer l'ampleur de la symptomatologie douloureuse. Il y avait donc une discordance entre l'ampleur de la

symptomatologie et les découvertes cliniques. Sous l'angle psychiatrique, un examen pratiqué au mois de mai 2009 au SMR par la Dresse I _____ ne permit de poser aucun diagnostic psychiatrique et ne mit en évidence aucune limitation fonctionnelle. La Dresse E _____, médecin traitant de la recourante, indiqua au mois d'octobre 2009 que cette dernière ne pouvait rester assise plus de 30 minutes, en raison de ses problèmes de dos, qui la limitaient dans une activité de bureau. Elle estimait la capacité de travail dans une activité de comptable comme étant au maximum de 30 à 50%. Par la suite, le Dr M _____ fit état d'une aggravation de l'état général de la recourante le 4 février 2010, soit très peu de temps après la décision dont est recours (datée du 4 janvier 2009 [recte : 2010]). Il expliquait que les lombalgies s'étaient accentuées tout au long de l'année 2009, probablement en rapport avec la grossesse de la recourante qui avait accouché le 9 octobre 2009. Toutefois, des douleurs lombaires constantes et en aggravation persistaient après l'accouchement. Une IRM dorsolombaire pratiquée le 28 janvier 2010 montrait la présence d'une importante hernie discale L4-L5 et l'aggravation d'une hernie discale L5-S1. Selon le Dr M _____, l'état dépressif s'était également aggravé depuis l'expertise du mois de mars 2009. En cours de procédure, la Dresse L _____ du SMR, considéra que le Dr M _____ faisait une appréciation différente d'une situation restée superposable. Quant à la Dresse E _____, elle indiqua dans un rapport médical du 29 janvier 2010, que la recourante avait développé un état anxio-dépressif et qu'elle avait des problèmes lombaires. Une reprise d'activité professionnelle ne lui semblait pas envisageable.

A/483/2010 - 17/20 - Elle confirma dans un avis du 7 juin 2011, une appréciation quant à une incapacité de travail complète de la recourante avec un pronostic défavorable, malgré les traitements mis en place et une bonne compliance. d) Le Tribunal mit en place une expertise bi-disciplinaire, confiée au Dr P _____, psychiatre FMH, et au Dr O _____, rhumatologue FMH. Après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier, examiné à plusieurs reprises la recourante (à deux reprises par le rhumatologue et à trois reprises par le psychiatre) et procéda à un concilium entre spécialistes, ils déposèrent leur rapport le 29 novembre 2011. Ils retinrent les diagnostics suivants : douleurs musculaires diffuses ; lombalgies non spécifiques ; status post ablation d'un adénome surrénalien ; épisode dépressif moyen avec syndrome somatique ; syndrome douloureux somatoforme persistant. Ces deux experts expliquent de manière convaincante qu'il n'y a pas de diminution de la capacité de travail dans une activité sédentaire, d'un point de vue somatique, seule une diminution de rendement de 25% dans une activité professionnelle de bureau et d'origine somatique et psychologique, pouvant être retenue. Sur le plan psychiatrique, la recourante présente un état dépressif de gravité moyenne, qui associé au syndrome douloureux chronique, avait de légères répercussions sur la capacité de travail. Les experts considèrent que le syndrome douloureux somatoforme persistant peut être surmonté par un effort de volonté raisonnablement exigible, permettant à la recourante d'exercer le métier de comptable, avec une baisse de rendement de 25% tout au plus, que ce soit dans l'activité professionnelle ou dans la tenue du ménage. Un travail de bureau est exigible avec une adaptation du poste de travail et la possibilité d'alterner régulièrement les positions assise et debout. En revanche, une activité nécessitant des efforts physiques importants n'est pas exigible. La Chambre des assurances sociales retiendra l'avis des experts. En effet, comme rappelé précédemment, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'avis des experts, précisément mandatés afin d'éclairer la justice sur les aspects médicaux, sans motif justifié. Aucun tel motif n'est mis en avant. Certes, la Dresse E _____ se livre à une autre appréciation s'agissant de la capacité de travail. Cette appréciation ne saurait toutefois primer l'avis des

experts, dont la qualité du travail n'est pas remise en doute, ce d'autant que la Dresse E_____ est le médecin traitant, ce qui suppose que le Juge tienne compte du fait qu'elle pourrait

A/483/2010 - 18/20 - être encline à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 353). La Dresse E_____ relève uniquement que l'expertise daterait de l'été 2010 et que l'état se serait péjoré depuis lors. Il est vrai que les deux experts ont examiné la recourante, l'un à l'automne 2010 et l'autre à l'été 2011. Cela n'est toutefois pas déterminant, puisqu'une aggravation postérieure à la décision entreprise ne fait pas partie de l'objet du litige et doit faire, cas échéant, l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366). e) S'agissant des troubles somatoformes douloureux persistants, le Tribunal fédéral a jugé qu'ils n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 cons. 2.3). Il existe ainsi une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). La jurisprudence reconnaît toutefois qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établit des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les

A/483/2010 - 19/20 - informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact). En l'espèce, il convient de retenir que le syndrome douloureux somatoforme persistant dont souffre la recourante n'est pas invalidant. En tout premier lieu, il faut retenir que les experts eux-mêmes se prononcent clairement dans le sens que celui-ci peut être surmonté par un effort de volonté, raisonnablement exigible. Par ailleurs, on ne saurait retenir la présence d'une comorbidité psychiatrique importante, l'état dépressif étant moyen. Enfin, aucun des autres critères déterminants, évoqués par la jurisprudence n'entre en considération en l'espèce. Ainsi, sur

le plan juridique, il n'y a pas lieu de tenir compte de la diminution de rendement dont fait état les experts au plan médical. f) La capacité de travail de la recourante est par conséquent complète dans une activité de bureau correspondant tant à sa formation professionnelle qu'à l'activité exercée jusqu'en août 2000 à Kinshasa et en dernier lieu à Genève comme commise administrative. La capacité de travail est ainsi complète tant dans l'activité habituelle que dans la tenue du ménage, de sorte que la recourante n'est pas invalide et n'a ainsi pas droit aux prestations de l'assurance-invalidité 8. Il s'en suit que la décision de l'OAI du 4 janvier 2010 n'est pas critiquable. Le recours sera ainsi rejeté. 9. Un émolument de 200 fr. est mis à charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI)

A/483/2010 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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