

GE_GERICHTE A/1258/2011 vom 21. Juni 2011

GE Cour de justice, 2011-06-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1258_2011

FR: GE_GERICHTE A/1258/2011 du 21 juin 2011

IT: GE_GERICHTE A/1258/2011 del 21 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame U _____, domiciliée aux Avanchets recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame U _____, née en 1964, d'origine turque, en Suisse depuis 1988, a travaillé comme ouvrière chez X _____ SA du 1^{er} décembre 2000 au 28 février 2005, date à laquelle elle a donné sa démission. Elle s'est alors inscrite auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI et a été employée de mars à août 2005 comme "gestionnaire d'ordonnancement" chez Y _____ SA, puis comme agente de stocks à la manufacture Z _____ du 16 novembre 2005 au 7 février 2006. Le contrat de travail a été résilié par l'employeur, le profil de l'assurée n'étant pas en adéquation avec le poste. Elle a déposé le 5 novembre 2007 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à la prise en charge d'une orientation professionnelle, d'un reclassement dans une nouvelle profession, d'un placement et le cas échéant d'une rente. Dans un rapport du 26 novembre 2007, le Docteur A _____ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies gauches et d'état dépressif depuis 2004, et a estimé l'incapacité de travail à 100% depuis le 11 octobre 2006, quelle que soit l'activité envisagée. Le 29 août 2008, ce médecin a informé l'OAI qu'il n'avait pas vu cette patiente depuis plus d'une année. Dans un rapport du 16 octobre 2008, le Dr B _____, rhumatologue, a déclaré qu'il suivait l'assurée depuis le 11 avril 2008. Il indique que malgré deux interventions pour une hernie discale cervicale C6-C7 pratiquées en mai 2007 et mai 2008, la symptomatologie douloureuse (cervico-brachialgies et acroparesthésies distales) n'avait pas diminué. Il a fixé l'incapacité de travail de sa patiente à 100% depuis le 1^{er} août 2006. Il a annoncé que sa patiente allait être opérée du sous-canal carpien gauche, ce qui pourrait réduire ses limitations. Consulté par le Dr B _____, le Dr C _____, neurologue, avait soumis l'assurée à un électromyogramme le 9 septembre 2008. Cet examen avait révélé des signes de dénervation modérés d'aspect chronique non évolutifs, limités au myotome C7. Le Dr C _____ a également observé une neuropathie canalaire carpienne gauche, caractérisée par un allongement de la latence motrice et un ralentissement de la vitesse sensitive distale du nerf médian, et a signalé une neuropathie canalaire fruste à droite. Il a indiqué que le myogramme thénarien reflétait une discrète dénervation d'aspect également chronique. Il en a conclu qu'un traitement chirurgical pouvait se discuter. Le Dr D _____ a indiqué, dans une note du 11 novembre 2008, que "pour l'instant, la situation n'est pas stabilisée ; il persiste des troubles tant au niveau cervical que du poignet - main. Le médecin traitant estime que les mesures médicales peuvent améliorer la situation. Donc incapacité de travail de 100% avec révision dans neuf mois dès aujourd'hui". L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision le 28 novembre 2008, aux termes duquel il lui reconnaît une incapacité totale de travail dans toute activité, et partant, le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} août 2007. Par décision du 16

mars 2009, la caisse compétente, soit la CAISSE DE COMPENSATION DE L'INDUSTRIE HORLOGERE, a fixé le montant de la rente entière due à l'assurée à compter du 1^{er} août 2007. L'OAI a initié en octobre 2009 une révision du dossier, rappelant que lors de l'octroi de la rente l'état de santé de l'assurée n'était pas encore stabilisé. L'assurée a informé l'OAI que son état de santé était toujours le même. Le Dr B _____ a déclaré le 21 octobre 2009, que le canal carpien gauche avait été opéré le 5 novembre 2008, qu'il n'y avait pas d'évolution, que l'état de santé était resté stationnaire depuis son précédent rapport du 16 octobre 2008 et a confirmé l'incapacité entière de travail depuis le 1^{er} août 2006. Il a par ailleurs indiqué, en relation avec des troubles psychiques, que l'assurée avait vécu en Turquie un passé douloureux familial et personnel. Interrogé plus précisément par l'OAI, le Dr B _____ a, le 6 mai 2010, rappelé que sa patiente souffrait d'un status trois ans après une cure de hernie discale C6-C7 gauche et pose d'un cervicodisque C6-C7, d'un status deux ans après foraminotomie C6-C7 gauche par voie postérieure, pour une sténose, d'un status un an et demi après décompression du canal carpien gauche, de cervico-brachialgies gauches chroniques et persistantes. Il relève que la situation évolue vers un syndrome fibromyalgique depuis février 2009. Il précise à cet égard que selon le Dr E _____, neurologue, qui l'a examinée le 22 juin 2009, il n'y a pas d'explication clinique à la persistance du tableau douloureux. Il estime que la capacité de travail exigible dans son activité habituelle d'ouvrière dans l'industrie horlogère est nulle depuis le 11 avril 2008, soit la date du "premier certificat d'arrêt de travail que j'ai moi-même effectué, mais en réalité, il semble qu'elle soit en arrêt de travail depuis le 1^{er} août 2006". Le médecin dit ne pas pouvoir se prononcer quant à la capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles ; il considère à cet égard qu'un stage d'observation permettra peut-être de répondre à cette question. Il a par ailleurs à nouveau insisté sur le lourd passé douloureux de la patiente. L'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique par les Drs F _____ et G _____ le 29 septembre 2010. Les médecins du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) ont retenu, à titre de diagnostic avec répercussion durable sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies gauches persistantes dans un status post double intervention chirurgicale pour hernie discale C6-C7 gauche avec compression radiculaire de la 7^{ème} racine, et composante de douleurs neurogènes persistantes, et à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie et un status post-opération d'un tunnel carpien à gauche. Ils expliquent avoir considéré que l'assurée ne souffrait pas d'un syndrome somatoforme douloureux persistant ce en l'absence d'un véritable sentiment de détresse, mais d'une fibromyalgie. A cet égard, ils ont précisé qu'elle ne présentait pas de comorbidité psychiatrique manifeste, de perturbation de l'environnement psychosocial, resté inchangé depuis de nombreuses années, d'état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie, ce qui fonde un pronostic favorable. Sur le plan somatique, ils relèvent que les limitations fonctionnelles de l'assurée sont les suivantes : pas de rotation rapide, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé des bras au-dessus de la tête, pas de port de charges en bi-manuel au-delà de cinq kilos (charges très légères). A la question de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué depuis le 1^{er} août 2006, date à laquelle l'assurée avait présenté une cervico-brachialgie aigue, les médecins ont expliqué que "dans les suites de la consultation du Dr E _____ du 22 juin 2009, il y a lieu de considérer l'état comme stabilisé avec une amélioration de l'état de santé par rapport à la situation initiale aigue. Le Dr E _____ n'a pas d'explication clinique quant à la persistance du tableau douloureux. L'assurée a eu une radiographie cervicale en janvier

2009, montrant la bonne position de la prothèse discale et l'absence de sténose persistante au niveau des trous de conjugaison. La consultation neurologique effectuée par le Dr C _____ en septembre 2008, ne montrait pas de signe de compression radiculaire aigu. L'assurée a eu le temps également d'avoir sa rééducation, avoir une adaptation de son traitement antalgique avec un essai de traitement de Lyrica, une adaptation de son traitement de Zaldiar. Le cas évolue vers un syndrome fibromyalgique à partir de février 2009, ce syndrome n'est pas retenu comme incapacitant, comme le montre l'examen psychiatrique. A partir de début juillet 2009, dans les suites de la consultation du Dr E _____, nous retenons une exigibilité de 2 x 3 heures par jour, avec une diminution de 10% de rendement. Nous ne retenons pas de capacité complète en ce qui concerne l'horaire, ceci en relation avec la persistance d'un syndrome rachidien léger objectivable, une composante de douleurs neurogènes vraisemblables. Le poste effectué chez X _____ est considéré comme adapté aux limitations fonctionnelles décrites au niveau cervical, il ne s'agit pas à proprement parler "d'un poste d'opératrice en horlogerie. L'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique qui justifie une diminution de la capacité de travail qui est entière". Aussi ont-ils conclu à une capacité de travail exigible de 65% dans l'activité habituelle de gestionnaire de l'ordonnancement chez X _____, de 0% dans l'activité de serveuse et de 65% dans une activité adaptée, ce depuis début juillet 2009. L'OAI a procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité sur cette base. Il s'est fondé, d'une part, sur les données communiquées par le dernier employeur, soit sur un salaire annuel brut de 71'539 fr., et, d'autre part, sur les statistiques résultant de l'enquête suisse sur la structure des salaires publiés par l'Office fédéral de la statistique, soit sur un salaire annuel brut de 32'148 fr. Cela faisant, il a obtenu un degré d'invalidité de 55%. Le 3 février 2011, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision aux termes duquel la rente entière jusqu'ici versée serait remplacée par une demi-rente basée sur un degré d'invalidité de 55%, à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Il a par ailleurs précisé qu'elle aurait la possibilité de demander une aide au placement. Par décision du 4 avril 2011, l'OAI a confirmé son projet, avec effet au 1^{er} mai 2011. L'assurée a interjeté recours le 28 avril 2011 contre ladite décision. Elle conteste l'examen du SMR daté du 29 septembre 2010 et rappelle que selon son médecin traitant, elle est incapable, physiquement, de reprendre une activité dans le monde professionnel. Dans sa réponse du 23 mai 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il considère que l'examen du SMR remplit les critères jurisprudentiels, de sorte que doit lui être reconnue une pleine valeur probante. Or, au vu des conclusions de cet examen, force est de constater que l'état de fait s'est notablement modifié, en ce sens qu'une exigibilité médicale de 70% avec une diminution de rendement de 10% a été retenue tant dans l'activité habituelle de gestionnaire d'ordonnancement et d'agente de stocks que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles décrites. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la demande de révision est postérieure au 1^{er} janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).

Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), il convient de relever que du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités). Interjeté en temps utile, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). La question litigieuse est celle de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a remplacé la rente entière octroyée à l'assurée le 16 mars 2009, avec effet rétroactif au 1er août 2007, par une demi-rente. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Selon l'art. 17 LPGA, 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. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Pour qu'une décision de révision constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une autre révision, il faut qu'elle porte sur l'adaptation effective du droit à la rente en cours au taux d'invalidité nouvellement déterminé, et non qu'elle se borne à confirmer la décision initiale (ATF 109 V 265 consid. 4a; voir aussi ATF 130 V 75 consid. 3.2.3). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidité, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2). 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour

lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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. 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 (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. 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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). En l'espèce, il s'agit de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré entre la décision initiale du 16 mars 2009 et la décision querellée du 4 avril 2011. Lors de la décision initiale du 16 mars 2009, le droit de l'assurée à une rente entière avait été reconnu, au motif que les Drs V _____

et B_____ avaient fixé l'incapacité de travail à 100 %, quelle que soit l'activité envisagée, en raison de cervico-brachialgies, d'acroparesthésies distales et d'un état dépressif. Aussi le droit de l'assurée à une rente entière avait-il été admis pour des motifs somatiques. Interrogé par l'OAI dans le cadre de la révision du dossier en octobre 2009, le médecin traitant a expliqué que la situation évoluait vers un syndrome fibromyalgique depuis février 2009. Il a par ailleurs insisté sur le passé très douloureux de sa patiente. Il a confirmé l'incapacité de travail à 100%, tout en précisant qu'il ne pouvait se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Les médecins du SMR ont retenu les mêmes diagnostics que le médecin traitant. Selon eux, "l'assurée garde des cervico-brachialgies gauches irritatives, non déficitaires, dans un status après deux opérations d'une hernie discale cervicale et opération d'un tunnel carpien gauche. Il persiste un syndrome rachidien cervical léger, une kinésiophobie au niveau cervical". Ils ont décrit précisément quelles étaient les limitations fonctionnelles de l'assurée, soit pas de rotation rapide, pas d'attitude prolongée de la tête en extension, pas de travail prolongé des bras au-dessus de la tête et pas de port de charges en bi-manuel au-delà de cinq kilos. Ils ont considéré qu'elle présentait une capacité de travail exigible de 65% dans l'activité habituelle de gestionnaire de l'ordonnancement chez X_____, de 0% dans l'activité de serveuse et de 65% dans une activité adaptée, ce depuis début juillet 2009. Ils disent partager l'impression du Dr B_____ quant à la présence d'une fibromyalgie, mais ont dénié tout caractère invalidant à cette atteinte. Il y a lieu de constater que l'expertise réalisée par les médecins du SMR satisfait entièrement aux critères dégagés par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Le rapport de ces médecins se fonde en effet sur l'étude du dossier médical de la recourante, contient une anamnèse détaillée, relate ses plaintes et a été établi sur la base d'examen cliniques particulièrement minutieux. De plus, leurs conclusions sont claires et convaincantes. Il est vrai qu'il n'y est pas question du passé douloureux évoqué par le Dr B_____. On ne peut cependant considérer que l'expertise est incomplète au seul motif que le passé de la recourante n'a pas été décrit. Il convient de rappeler qu'une expertise médicale est réputée incomplète lorsqu'elle omet de répondre aux questions posées ou qu'elle ne tient pas compte d'éléments essentiels d'ordre médical ou de constatations objectives (ATF I 568/06 du 22 novembre 2006, consid. 5.1). La jurisprudence n'exige pas qu'une biographie complète de la personne examinée figure dans l'expertise. On voit au demeurant mal en quoi l'historique détaillé de la recourante serait déterminant pour les résultats de l'expertise. En effet, si l'apparition de certains troubles psychiques peut très certainement être favorisée par certains événements douloureux ou pénibles, un passé malheureux ne suffit pas à lui seul à conclure à l'existence de telles atteintes en l'absence de symptômes et de constats objectifs en ce sens. La recourante peut certes avoir quelques difficultés à se confier à un médecin qu'elle ne connaît pas. Il n'est cependant pas établi que les déclarations éventuellement incomplètes de la recourante aient eu une influence déterminante sur les conclusions du psychiatre, qui doit avant tout se fonder sur les symptômes et ses constats objectifs. Même à supposer que tel soit le cas, la Cour de cassation rappelle qu'aux termes de l'art. 43 al. 2 LPGA, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés. Une expertise fait partie des examens raisonnablement exigibles (Ueli KIESER, op. cit. , n. 44 ad art. 43 ; ATF I 988/06 du 28 mars 2007, consid. 4.2). Or, si l'assuré refuse de collaborer à l'instruction – par exemple en refusant de se soumettre à l'expertise ou de répondre à certaines questions, l'assureur est en droit de se prononcer en l'état du dossier (cf. art. 43 al. 3 LPGA). Enfin, les conclusions du

Dr B_____ ne permettent pas de renverser celles des experts. Le Dr B_____ lui-même fait état d'une évolution en notant l'apparition d'un syndrome fibromyalgique depuis février 2009 et dit en octobre 2009 ne pas pouvoir se prononcer sur la capacité de travail dans une activité adaptée, considérant qu'un stage d'observation permettrait peut-être de préciser un taux. Il apparaît ainsi que l'état de santé de l'assurée s'est sensiblement modifié depuis en tout cas février 2009. Il y a au surplus lieu de rappeler que le médecin traitant indiquait en octobre 2008 que des mesures médicales pourraient apporter une amélioration, de sorte que la situation n'était pas encore stabilisée. Partant les conditions de la révision sont réalisées. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. D'autre part, dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence, qui permettent de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte

d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les grandes divergences entre les 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 (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées ; P. HENNINGSEN, Zur Begutachtung somatoformer Störungen in: Praxis 94/2005, p. 2007 ss). En l'espèce, la Doctoresse G_____ n'a relevé l'existence d'aucune comorbidité psychiatrique grave. La recourante n'est quoi qu'il en soit pas suivie par un psychiatre. Se pose ainsi la question du cumul éventuel des autres critères établis par la jurisprudence. Il y a à cet égard lieu d'examiner si l'assuré en réunit plusieurs en sa personne de manière suffisamment marquée, ce qui fonderait un pronostic défavorable en ce qui concerne l'exigibilité d'une reprise d'activité professionnelle. Cependant, si le critère de la présence d'affections corporelles chroniques apparaît comme réalisé au vu des troubles somatiques dont l'assurée souffre depuis plusieurs années, il ressort clairement des constatations de la Dresse G_____ qu'il n'en est pas de même des autres critères. En conclusion, il ressort de ce qui précède que l'assurée ne remplit pas les critères permettant de reconnaître la fibromyalgie dont elle souffre comme invalidante, en dépit de la présence d'affections corporelles chroniques. Il n'y a dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions des experts, selon lesquelles la recourante dispose d'une capacité de travail de 65% dans une activité adaptée à ses limitations. Reste à déterminer le degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 28 LAI "L'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG A2) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG A) à 40 % au moins. La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité: Taux d'invalidité Droit à la rente en fraction d'une rente entière 40 % au moins un quart 50 % au moins une demie 60 % au moins trois quarts 70 % au moins rente entière" Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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 LPG A). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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 de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. Le revenu déterminant correspond au revenu présumé issu d'une activité lucrative, sur lequel les cotisations de l'assurance-vieillesse seraient prélevées (art. 25 al. 1 RAI; arrêt 9C_699/2008 du 26 janvier 2009). Dans le cas d'assurés au chômage complet ou partiel, on entend par revenu hypothétique sans invalidité le revenu que la personne aurait probablement réalisé dans une situation équilibrée du marché du travail si elle n'avait pas perdu son emploi (voir Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI), n° 3024) Quant au revenu d'invalidité, il 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 (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). En règle générale, il convient de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne total du tableau relatif au «secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa p. 323). Cette solution est en particulier justifiée lorsque la personne assurée ne pourra plus exercer son activité habituelle et qu'elle est tenue de trouver un emploi dans un nouveau domaine d'activité, l'intégralité du marché du travail étant ainsi à sa disposition (arrêt 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1 et 5.2, non publiés aux ATF 133 V 545 , et les références citées). S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidité, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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). A noter que les difficultés alléguées de retrouver un emploi adapté, compte tenu de l'âge et de la longue période d'inactivité, ne constituent pas un facteur de réduction supplémentaire selon les critères énumérés par la jurisprudence (ATF 126 V 75). Dans ce contexte, il a été jugé que la réduction des salaires issus des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, 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 a, dans le cas concret, adopté 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 des assurances sociales 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 p. 81; 123 V 150 consid. 2 p. 152 et les références). Aux termes de l'art. 88bis al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 RAI (let. b). En l'espèce, c'est à juste titre que l'OAI a retenu, à titre de revenu sans invalidité, le salaire annuel brut de 71'539 fr. qu'aurait réalisé l'intéressée en 2007 et s'est fondé, s'agissant du revenu avec invalidité, sur les statistiques salariales, soit sur un montant de 32'148 fr., étant précisé qu'aucun motif ne permet par ailleurs de tenir compte d'un abattement supplémentaire. Aussi le degré d'invalidité de 55% a-t-il été correctement calculé. Partant, la décision du 4 avril 2011 est confirmée et le recours rejeté. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI-WANGELER 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.