

GE_GERICHTE A/1674/2016 vom 27. April 2017

GE Cour de justice, 2017-04-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1674_2016

FR: GE_GERICHTE A/1674/2016 du 27 avril 2017

IT: GE_GERICHTE A/1674/2016 del 27 aprile 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à ONEX recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1958, est comptable. Elle a créé B_____, entreprise individuelle inscrite au Registre du commerce (RC) en 2004, dont les buts sont les services et conseils en comptabilité, fiscalité et organisation. ^{2.} Le 24 avril 2009, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en médecine interne et pharmacologie, a attesté d'une incapacité de travail de 60% du 27 mars au 6 mai 2009. ^{3.} Le 10 mai 2009, un médecin du Service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté à son tour d'une totale incapacité de travail du 6 mai au 23 juin 2009. ^{4.} Le 22 juin 2009, le docteur D_____, du Service de neurochirurgie des HUG a prolongé l'arrêt de travail jusqu'au 24 juillet 2009. ^{5.} Par la suite et à compter du 27 juillet 2009, la Dresse C_____, a régulièrement attesté d'une incapacité de travail de l'assurée de 50%. ^{6.} Le 6 octobre 2009, le professeur E_____, du Service de neurochirurgie des HUG, a posé le diagnostic de status post-décompression microchirurgicale sélective bilatérale pour canal lombaire L4-L5 et ablation d'un kyste du ligament jaune en L4-L5 à gauche le 7 mai 2009. Le médecin a noté une persistance des lombalgies. L'examen ne révélait pas de déficit neurologique et une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait montré l'agrandissement du canal lombaire, malgré une légère compression médiadorsale en L4-L5 et le signe d'une légère hyper-mobilité. En l'absence d'indication pour une seconde intervention, l'assurée avait été adressée à un spécialiste de la douleur. ^{7.} Le 10 février 2010, la Dresse C_____ a fait état d'une reprise du travail à 100% le 1^{er} février 2010. ^{8.} Par certificats datés des 19 et 27 octobre et du 9 novembre 2010, des médecins du Service de psychiatrie des HUG ont attesté d'une incapacité de travail de 50% du 19 octobre au 31 octobre et de 80% du 27 (sic) octobre au 11 novembre 2010. ^{9.} Par certificats des 11 novembre et 16 décembre 2010, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail de 80% du 12 novembre au 31 décembre 2010. ^{10.} Le 24 novembre 2010, l'assurée a été reçue en entretien par l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) dans le cadre d'une détection précoce. Il en est ressorti que l'incapacité de travail de l'assurée avait été de 50% depuis le 19 octobre 2010, de 80% depuis le 27 octobre 2010. Elle souffrait d'une dépression en lien avec son travail et avait rencontré des problèmes de dos qui avaient conduit à l'intervention chirurgicale de 2009. L'assurée se plaignait également d'arthrose et de douleurs permanentes, d'un sommeil perturbé, de migraines et de difficultés à marcher. Elle a fait état de problèmes avec son beau-fils et son ancien employeur. Elle disait avoir perdu 10 kg en un mois, avoir peur de perdre son entreprise et continuer à travailler à 20% pour garder le contact avec ses clients.

11. Le 16 décembre 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OAI.

12. Selon son extrait de compte individuel AVS, l'assurée a réalisé les revenus suivants : CHF 47'900.- en 2004, CHF 57'900.- en 2005, CHF 44'700.- en 2006, CHF 62'800.- en 2007, CHF 53'000.- en 2008, CHF 21'100.- en 2009 et CHF 8'991.- en 2010.

Dans le cadre de l'instruction de son dossier, l'assurée a par la suite régulièrement adressé ses bilans comptables à l'OAI.

13. Dans un rapport du 20 janvier 2011, la Dresse F_____ a retenu les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, depuis octobre 2010, sténose lombaire et foraminale bilatérale L4-L5 avec persistance de lombalgies depuis mars 2009 et paralysie du 6^{ème} nerf droit idiopathique.

Le médecin a expliqué qu'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques était apparu suite à une accumulation de facteurs de stress, dont l'assurée se rétablissait progressivement. Cette dernière n'avait pas le profil pour une rente ou des mesures de réadaptation de l'OAI. L'état dépressif sévère et les lombalgies chroniques entraînaient des limitations fonctionnelles. L'incapacité de travail était de 20% depuis le 19 octobre 2010 dans l'activité de comptable indépendante. L'assurée pourrait reprendre une activité complète après sa guérison, trois à cinq mois plus tard. Dans l'anamnèse, la Dresse F_____ a notamment relaté l'histoire familiale de l'assurée - qui n'a pas connu son père biologique - et les difficultés que l'intéressée a rencontrées suite à l'hospitalisation de son père, dans sa relation avec son beau-fils et en relation avec ses problèmes financiers. Le médecin a décrit une symptomatologie dépressive avec une grande anxiété, une thymie triste, des troubles du sommeil, une perte de l'appétit, de la motivation et du plaisir, une anhédonie et une aboulie, une peur de l'avenir et un ralentissement psychomoteur. Le pronostic était bon, la symptomatologie s'étant nettement améliorée. L'activité antérieure restait exigible à 20%. Une reprise à 100% serait envisageable entre mars et mai 2011. Les capacités de concentration et d'adaptation et la résistance de l'assurée étaient limitées par l'état dépressif. La Dresse F_____ a joint à son rapport un résumé d'intervention du Centre de thérapie brève (CTB) du Département de psychiatrie des HUG du 16 novembre 2010, confirmant le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère, sans symptômes psychotiques.

14. Dans un rapport du 26 janvier 2011, la Dresse C_____ a quant à elle conclu à un canal lombaire étroit L4-L5 opéré. Elle a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : une neuropathie ulnaire gauche et des migraines.

L'incapacité de travail avait été de 50% du 27 juillet 2009 au 31 janvier 2010. L'assurée rencontrait des difficultés à rester assise plus d'une heure trente. Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles - c'est-à-dire permettant d'alterner les positions, d'éviter échelles et échafaudages et la position accroupie et tenant compte de la diminution des capacités de concentration et de résistance de l'assurée -, la capacité de travail était de 100%. La Dresse C_____ a notamment versé au dossier : - le rapport rédigé le 29 novembre 2009 par le docteur G_____, spécialiste FMH en anesthésiologie, recensant les différentes douleurs et leur cotation par l'assurée et indiquant notamment que cette dernière était peu déprimée, peu stressée et pas anxieuse selon le questionnaire DASS ; le Dr G_____ concluait à une symptomatologie lombaire somatique en relation avec une atteinte des articulaires postérieures arthrosiques, dont il estimait qu'elle pourrait être améliorée par des blocs facettaires et une thermocoagulation par radiofréquence ; la kynésiophobie et une personnalité un peu tendue pouvaient influencer sur le tableau clinique des lombalgies ; l'assurée acceptait les tests infiltratifs avant de procéder à la thermocoagulation ;

- un rapport du 20 avril 2010 du Dr G_____ ,

signalant une évolution favorable depuis plusieurs mois ; une série de blocs facettaires, puis une thermocoagulation L3-S1 à gauche avaient été réalisées, avec un résultat favorable ; l'assurée se plaignait encore de douleurs à droite, pour lesquelles le même traitement serait dispensé les prochaines semaines ;

15. Par un rapport du 30 août 2010 du docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, diagnostiquant une neuropathie ulnaire gauche modérée, confirmée par l'électroneuromyographe (ENMG), pour laquelle ce médecin préconisait d'éviter les mouvements d'appui sur les coudes et les flexions-extensions répétées du bras gauche ; le médecin suggérait de demander un avis chirurgical en cas d'aggravation.

16. Par certificats du 22 avril et 18 mai 2011, attestant d'une incapacité de travail de 50% dès le 22 avril 2011, qui perdurerait probablement jusqu'au 18 juin 2011.

17. Dans un rapport du 15 août 2011, la Dresse C_____ a signalé une amélioration de l'état de santé de sa patiente depuis avril 2011, sans modification des diagnostics. Le médecin a suggéré un examen médical complémentaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail, même si la reprise à 50% était acquise.

18. Le 21 septembre 2011, la Dresse F_____ a confirmé l'amélioration de l'état de santé de l'assurée : le trouble dépressif récurrent était en rémission depuis le 1^{er} mai 2011 et aucun trouble psychiatrique n'influait plus sur la capacité de travail. Les dorsalgies entraînaient cependant une incapacité de travail de 50%.

19. Le 13 janvier 2012, la Dresse C_____ a derechef indiqué une amélioration de l'état de santé de l'assurée. Son endurance s'était améliorée en avril 2011. La capacité de travail était de 50% en tant que comptable indépendante.

20. Interpellée par l'OAI, la Dresse C_____ a précisé par courrier du 11 mars 2012 que la différence entre la capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et la capacité de travail de 50% mentionnées dans ses rapports de janvier 2011 et janvier 2012 reposait sur l'observation de l'évolution défavorable de l'endurance physique en lien avec les douleurs du rachis.

21. S'agissant de la diminution de la capacité de travail liée à l'impossibilité de conserver la position assise plus d'une heure trente et de la possibilité de remédier à cette contrainte dans la profession de comptable indépendante, le médecin a signalé une tentative d'augmentation du taux de travail à 80% dès le 1^{er} février 2012. Les limitations fonctionnelles concernaient le rachis lombaire et cervical et les traitements médicamenteux altéraient la capacité de concentration de l'assurée.

22. Des radiographies de la colonne cervicale et une échographie des épaules réalisées le 21 mai 2012 ont révélé des troubles de la statique verticale, une arthrose C7-D1, une ébauche d'arthrose C4-C5-C6-C7, l'absence de côte cervicale, une réaction capsulaire gléno-humérale un peu plus marquée à gauche qu'à droite, une diminution de la compliance élastique et de la rotation externe, ainsi qu'une arthropathie acromio-claviculaire plus importante à droite qu'à gauche, d'ordre dégénératif, et un épaissement des bourses sous-acromiales des deux côtés.

23. Le 22 mai 2012, l'assurée a consulté le docteur I_____, du Service de rhumatologie des HUG. Ce dernier a posé les diagnostics de syndrome lombovertébral chronique après décompression L4-L5, de troubles de l'épaule gauche en cours d'investigation et d'état dépressif au décours.

Dans l'anamnèse, il a noté que la thermocoagulation réalisée en 2010 n'avait eu d'effet que durant une semaine. Les douleurs lombaires, de type mécanique,

rendaient impossible le maintien de toute position plus de trente minutes. Selon l'échelle Hospital Anxiety and Depression (HAAD), il n'y avait pour l'heure pas de trouble dépressif ou anxieux, bien que l'anamnèse révélât un état de fatigue intense, une diminution de la concentration et une perte des envies. L'examen clinique mettait en évidence une dysfonction neuromusculaire prédominant en extension. Des exercices étaient prescrits. Les douleurs des pouces et des genoux semblaient compatibles avec une arthrose débutante. Une activité générale pourrait être bénéfique. Le Dr I_____ a noté que les symptômes de la lignée dépressive paraissaient encore très marqués. 23. L'assurée a exposé par courrier du 13 août 2012 qu'elle souffrait désormais également d'arthrose et d'une atteinte à l'épaule. Elle avait travaillé à 50% du 19 au 27 octobre 2010, à 20% du 27 (recte 28) octobre 2010 au 30 avril 2011 et à 50% depuis le 1^{er} mai 2011. Elle travaillait toujours à 50%, car elle souffrait constamment et n'arrivait pas à travailler plus. 24. Dans un rapport du 3 octobre 2012, la docteure J_____, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un syndrome lombo-vertébral chronique après décompression L4-L5 et une migraine avec aura visuelle. Le médecin a également mentionné un trouble dépressif récurrent sans effet sur la capacité de travail. 25. Le médecin a évalué cette capacité à 50% depuis le 22 avril 2011. Les limitations étaient liées aux lombalgies et aux migraines, avec une diminution de la capacité de concentration, une fatigue et une incapacité à rester assise plus de trente minutes. L'assurée ne pouvait travailler plus de quelques heures d'affilée. Il était recommandé d'éviter la position debout statique, la marche, les positions penchée, bras au-dessus de la tête, accroupie, agenouillée, les rotations ainsi que le port de charges et les travaux en hauteur. La capacité de concentration et la résistance étaient limitées. 25. Le 17 octobre 2012, le docteur K_____, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a retenu des rapports des Dresses C_____ et J_____ que la situation clinique était stable depuis 2011 ; il se ralliait à l'avis de la Dresse C_____. 26. Le 20 décembre 2012, la Dresse J_____ a conclu à un syndrome lombo-vertébral chronique après décompression L4-L5 et à des migraines chroniques possiblement entretenues par une surconsommation d'antalgiques. Le trouble dépressif récurrent associé à des troubles du sommeil était quant à lui stabilisé. 27. Les limitations fonctionnelles trouvaient leur source dans l'incapacité de l'assurée à rester statique plus de trente minutes, à soulever des charges, ainsi que dans ses troubles de la concentration (en lien avec les troubles du sommeil et les épisodes dépressifs). Depuis le début du suivi, soit mai 2012, la capacité de travail avait été de 50% dans l'activité de comptable indépendante, dont le médecin a estimé qu'elle était adaptée. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50 à 70%, répartie sur plusieurs jours. Le pronostic était réservé. 27. Le 16 janvier 2013, la docteure L_____, du SMR, a estimé que l'assurée avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle, adaptée aux limitations fonctionnelles selon son médecin traitant. En effet, elle pouvait gérer ses horaires et ses changements de position à sa guise. Cela valait depuis mai 2011. 28. Le 25 janvier 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation sur la base de l'avis du SMR, qui estimait sa capacité de travail à 100% depuis mai 2011. 29. La demande était tardive, de sorte que les prestations n'auraient pu être versées qu'à partir du 1^{er} juin 2011. Or, à cette date, il n'existait plus aucune incapacité de travail. Quant aux mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées dès lors qu'elles n'amélioreraient pas la capacité de gain de l'assurée. 29. Par courrier du 25 février 2013, l'assurée a contesté la tardiveté de sa demande et la position de l'OAI en alléguant que sa

capacité de travail n'avait jamais dépassé 50% depuis octobre 2010. [endif]>[if> 30. Par décision du 4 mars 2013, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.[endif]>[if> 31. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a partiellement admis par arrêt du 28 juin 2013 (ATAS/697/2013) : l'intimé ayant admis la nécessité d'une expertise psychiatrique, rhumatologique et neurologique, elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. [endif]>[if> 32. Le 24 septembre 2013, la Dresse F_____ a communiqué à l'OAI un rapport établi le 15 mai 2013 par les docteurs M_____, N_____, O_____ et I_____, médecins au Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, retenant les diagnostics de syndrome douloureux chronique et de lombalgies chroniques persistantes après décompression L4-L5 en 2009. [endif]>[if> Ces médecins relevaient notamment que l'assurée décrivait des douleurs nécessitant des changements de position réguliers ; elle ne pouvait rester plus d'une heure dans la même position ; elle traversait plusieurs fois par jour des épisodes d'exacerbation, décrits comme un pincement très intense avec des décharges électriques lorsqu'elle se penchait en avant. Selon les médecins, le handicap fonctionnel était sévère, avec un score au questionnaire d'Oswestry de 52%. En décembre 2011, l'assurée avait ressenti de manière soudaine une douleur à l'épaule gauche, décrite comme une sensation de blocage avec mobilisation douloureuse de l'épaule, irradiation dans le bras et décharge électrique dans le coude, engourdissement et fourmillement des 4 ème et 5 ème doigts de la main gauche et du pouce. Elle se plaignait également de douleurs au niveau de l'épaule droite et de la nuque à droite. Elle souffrait aussi de migraines de très longue date. Il s'agissait de migraines invalidantes, auparavant liées au cycle, mais qui perduraient malgré la ménopause survenue en 2011. Les crises survenaient deux fois par mois, étaient très intenses et pouvaient durer cinq jours. Le traitement dispensé contre ces migraines permettait de diminuer l'intensité et la durée des crises mais pas leur fréquence. L'assurée relevait aussi la présence de céphalées, différentes des migraines, une à deux fois par mois, durant quelques heures. De nombreux facteurs psychosociaux étaient venus aggraver la symptomatologie douloureuse. Les médecins concluaient à un syndrome douloureux chronique se manifestant par des lombalgies chroniques, des omalgies gauches, des cervicalgies droites et des céphalées chroniques dans un contexte d'état dépressif et de situation familiale, professionnelle et financière difficile. Ils préconisaient une modification de la médication, des séances de physiothérapie et la poursuite du suivi psychothérapeutique. 33. L'OAI a confié à la Clinique romande de réadaptation (CRR) le soin de procéder à une expertise, dont se sont chargés les docteurs P_____, spécialiste FMH en médecine interne et expert principal, Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie, R_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et S_____, spécialiste FMH en neurologie.[endif]>[if> Dans son expertise neurologique du 11 novembre 2014, le Dr S_____ a brièvement résumé l'anamnèse de l'assurée. Cette dernière estimait ne pouvoir travailler à plus de 50% en raison de ses douleurs, de la fatigue, de son épuisement et de son manque d'énergie. Lorsqu'on lui demandait quel était le symptôme incapacitant au premier plan, elle signalait la fatigue. Ses douleurs étaient localisées dans la région lombaire. Elles étaient permanentes et exacerbées en cas de position statique. L'assurée signalait pouvoir rester assise deux heures et demi. Son périmètre de déambulation était limité à 500 mètres, en raison des douleurs lombaires. En fin de journée, elle ressentait une chaleur dans les membres inférieurs mais ne mentionnait pas spontanément de douleurs à caractère sciatalgique. Elle pouvait éprouver une douleur de type tiraillement, irradiant postérieurement de la fesse dans le membre inférieur droit, sans grande répercussion, survenant par temps humide. Il existait également des

paresthésies de type fourmillements, dans les mains et dans les pieds, intermittentes, sans net facteur déclenchant, et un peu d'incontinence de stress. L'assurée mentionnait également souffrir de migraines depuis l'âge de dix ans. Depuis 1990, le tableau était stable. Il était caractérisé par des crises de dix jours survenant deux fois par mois, soit au moment de l'ovulation et au moment des règles. Elles pouvaient également être déclenchées par le stress. Il s'agissait d'une douleur héli-crânienne, pulsatile, ou une impression d'explosion. L'assurée disait ne plus pouvoir bouger lors d'un accès, avec une photophobie, une phonophobie et des nausées sans vomissement. L'assurée ne mentionnait pas de phénomène compatible avec une aura migraineuse. La médication était efficace et agissait en une heure environ. Après son examen, le neurologue a consulté les IRM réalisées. Il a conclu à l'existence de deux problématiques au plan neurologique : un problème lombo-radiculaire et des céphalées. Les lombalgies étaient sans net caractère spécifique et en particulier sans nette composante mécanique. Il n'y avait pas de plainte systématisée compatible avec une radiculalgie résiduelle. Objectivement, il n'y avait pas d'argument en faveur d'un syndrome radiculaire résiduel. En effet, le segment lombaire était souple. A l'examen des membres inférieurs, les manœuvres de Lasègue étaient négatives et il n'y avait pas de déficit. En particulier, les réflexes tendineux étaient bien évocables symétriquement, l'examen tant de la force que de la sensibilité se révélait normal. On pouvait exclure un syndrome radiculaire significatif avec répercussion sur la capacité de travail. Quant à la maladie migraineuse, elle était mal compensée et survenait à raison de vingt jours par mois. Il s'agissait donc d'une migraine chronique. Une céphalée dite primaire ne pouvait qu'exceptionnellement être considérée comme incapacitante à long terme. Dans la situation présente, bien qu'il s'agisse d'une migraine chronique, les douleurs étaient jugulées par le triptan en une heure. De plus, le traitement n'était pas optimal, en l'absence d'un traitement prophylactique efficace anti-migraineux. Enfin, le tableau clinique était inchangé depuis 1990 selon les dires de l'assurée, soit bien avant la diminution de la capacité de travail. L'expert préconisait de reprendre un traitement prophylactique, soit en tentant un bêta-bloqueur, soit le Topiramate ou l'Amitriptyline. En conclusion, du point de vue neurologique le diagnostic de migraines chroniques, sans répercussion sur la capacité de travail, était retenu. Dans son rapport du 12 novembre 2014, le Dr R_____ a rappelé le contenu du dossier médical de l'assurée et relaté son anamnèse personnelle. Cette dernière avait changé à plusieurs reprises d'orientation dans sa vie sociale et professionnelle. Elle décrivait une difficulté à tolérer l'autorité dans les postes de travail occupés, ce qui avait généré des difficultés relationnelles. Sur le plan affectif et sentimental, elle décrivait également des relations problématiques, étant donné que, selon ses propos, elle reproduisait un schéma où elle s'attachait à des partenaires qui ne l'aimaient pas, avec une jalousie importante dans le cadre de ses relations. Elle réagissait souvent très mal aux ruptures sentimentales, avec des idées suicidaires et des crises émotionnelles significatives. Elle n'avait compris son fonctionnement relationnel sur le plan sentimental que plus tard, lors de sa première psychothérapie. Elle confirmait avoir traversé une première période de dépression en 1988 avec un tentamen « par appel au secours ». Elle décrivait à cette période une tristesse importante, une anhédonie, des sentiments de honte, une fatigue importante avec perte d'appétit et des troubles du sommeil. Elle rapportait ensuite une période de rémission d'environ sept ans sur le plan des symptômes dépressifs, puis une rechute à partir de 2010, consécutivement à son opération et à différentes difficultés familiales, notamment la tentative de suicide et les troubles psychiatriques sévères de son beau-père. L'assurée se plaignait de douleurs dans le dos, la région cervicale, les coudes et les poignets. Elle

évoquait également une importante fatigue, un manque d'énergie, avec l'impression « d'avoir pris 15 ans ». Elle notait une perte d'autonomie, un manque de plaisir et d'entrain dans sa vie quotidienne, avec une tristesse fréquente accompagnée d'un sentiment de colère et de frustration, ou encore « d'être fatiguée de la vie et d'avoir envie de disparaître ». Elle décrivait une perturbation de l'image de soi, étant donné qu'elle se voyait comme une vieille femme qui n'avait plus d'estime d'elle-même, mais qui gardait confiance en ses capacités professionnelles. Elle évoquait également des idées de culpabilité par rapport aux décisions prises pour son opération. L'assurée mentionnait des troubles du sommeil induisant la nécessité d'effectuer des siestes durant la journée. Son humeur était plus triste durant la matinée. Son appétit était plutôt conservé, mais elle faisait état de troubles de la concentration, avec un flou dans ses pensées. Elle avait besoin de plus de temps pour effectuer ses tâches professionnelles, avec des troubles de la mémoire significatifs. Elle devait tout noter, se réorganiser et prendre beaucoup de temps pour tout. Elle avait dû engager une personne pour l'assister dans ses tâches professionnelles. Le status de l'expert psychiatre révélait une impression générale assez morose, sans grave ralentissement psychomoteur. L'expert a dit avoir relevé certaines attitudes caractérielles. L'observation clinique structurée selon le système AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie) ne mettait pas en évidence de trouble de la conscience. L'assurée était orientée dans le temps, dans l'espace, quant à sa situation et à sa personne. On constatait au status quelques troubles de l'attention et de la mémoire. L'assurée ne se rappelait que deux mots sur trois à l'évocation différée. Elle effectuait également deux erreurs à une épreuve de soustraction simple. Elle pouvait par contre réciter les mois de l'année à l'envers de façon satisfaisante. Il n'y avait pas de trouble de l'évocation franc, de confabulation, de phénomène paramnésique ou hypermnésique. Concernant les troubles formels de la pensée, celle-ci n'était que légèrement inhibée et ralentie à l'observation. La pensée avait tendance à être circonstanciée. Elle n'était pas rétrécie, il n'y avait pas de persévération verbale, ni d'intense rumination. L'assurée décrivait par contre la présence d'idées envahissantes. Il n'y avait pas de fuite des idées, de réponse à côté, de barrage de la pensée, d'incohérence ou de néologisme. À la rubrique craintes et obsessions, l'assurée manifestait une méfiance dans ses relations interpersonnelles. Elle ne verbalisait pas d'idées du registre hypocondriaque, phobique, obsessionnel ou compulsif. Il n'y avait pas d'élément délirant ou d'hallucination. Sur le plan affectif, l'assurée n'était pas spécialement perplexe. Elle évoquait une anesthésie affective, sans que celle-ci ne soit observable de façon majeure. L'assurée manifestait un trouble de l'éprouvé vital, avec une humeur abaissée, une vision pessimiste face à l'avenir, des éléments de dysphorie et d'irritabilité. On pouvait relever des sentiments d'insuffisance, sans idées de culpabilité marquées. L'expert ne relevait pas à proprement parler de labilité affective, d'incontinence ou de monotonie affectives, mais notait une diminution et une inhibition du dynamisme. La sociabilité était réduite. À l'issue de son examen, le Dr R_____ a retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31), dont il a considéré qu'ils avaient une répercussion sur la capacité de travail. Le dossier médical de l'assurée faisait état d'une pathologie psychiatrique depuis de nombreuses années, dans le contexte d'une enfance visiblement carencée et caractérisée par de mauvais traitements psychologiques et physiques. Plusieurs éléments de fragilisation de la personnalité existaient depuis la plus tendre enfance, avec notamment un placement précoce qui avait pu générer des traces traumatiques. L'assurée avait ensuite vécu dans un climat de violence et

d'absence de soutien, ce qui avait généré d'importants troubles dans la constitution de son caractère et de sa personnalité. Dans ce sens, si l'on considérait ses caractéristiques psychiques et relationnelles, il était étonnant que le dossier médical ne fasse pas l'hypothèse d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline . On retrouvait en effet tous les critères nécessaires pour poser ce diagnostic. On relevait clairement dès l'adolescence la présence d'un vide intérieur et d'un mal-être général, avec des difficultés à se situer sur le plan identitaire, qui s'était manifesté par la suite dans la vie professionnelle et affective, avec de nombreux changements de direction et des difficultés à se stabiliser. Dans le cadre des relations affectives et sentimentales, on relevait des schémas pathologiques, avec des relations plutôt intenses, suivies de crises émotionnelles significatives lors de ruptures sentimentales, avec des idées suicidaires. L'assurée avait déjà manifesté par le passé des passages à l'acte suicidaires sous la forme d'abus médicamenteux, ce que l'on retrouvait également dans le cadre des troubles de la personnalité émotionnellement labile. Elle présentait en outre d'autres manifestations caractéristiques de ce trouble, notamment une intolérance à l'autorité, mais également une méfiance qui pouvait perturber ses relations interpersonnelles. Comme c'était souvent le cas dans les troubles de la personnalité borderline , l'assurée pouvait se montrer critique, voire cynique, ce qu'elle avait manifesté dans le cadre de l'entretien psychiatrique. La présence d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline posait des questions assez délicates concernant une pathologie thymique surajoutée, dans le sens que ce genre de trouble de la personnalité s'accompagnait par définition d'une labilité de l'humeur. Toutefois, si l'on faisait une anamnèse détaillée, on pouvait tout de même retenir plusieurs épisodes dépressifs bien délimités dans le temps, notamment un épisode en 1988, suivi d'une période d'environ sept ans de rémission, avec ensuite un nouvel épisode dépressif constitué, et enfin une dernière rechute à partir de 2010. Lors de ces épisodes, l'assurée présentait certainement une décompensation de son trouble de la personnalité, mais on pouvait également mettre en évidence les signes cardinaux de la dépression. Dans ce sens, le diagnostic de trouble dépressif récurrent pouvait être retenu. Ce diagnostic était antérieur à l'apparition des douleurs de l'assurée. L'évolution clinique du dernier épisode dépressif avait été certainement fluctuante dans le temps. En novembre 2010, la symptomatologie était qualifiée de sévère. En janvier 2011, elle avait été estimée moyenne à sévère. Une incapacité de travail complète avait été retenue à ces périodes. Toutefois, le rapport de la Dresse F_____ du 4 septembre 2011 évoquait une rémission du trouble dépressif récurrent. Cette estimation contrastait avec le status clinique observé par le Dr R_____. En effet, sur une échelle psychométrique de dépression, l'assurée obtenait un score de 23 sur 60 situant la symptomatologie dans la zone de la dépression moyenne au test MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale). Pour parler de rémission, l'assurée devrait obtenir un score inférieur à 15 points sur ce genre d'échelle psychométrique. L'estimation de l'expert psychiatre ne concordait dès lors pas avec le rapport du 4 septembre 2011. De son côté, l'assurée donnait une anamnèse floue de l'évolution de sa symptomatologie dépressive à partir de 2011. Selon ses propos, elle avait toujours été un peu comme maintenant depuis 2010, ce qui rendait l'appréciation d'autant plus difficile que les sujets présentant des troubles de la personnalité étaient souvent fluctuants dans leur présentation clinique, notamment en ce qui concernait les aspects dépressifs. Il n'en demeurait pas moins que l'assurée affichait de façon relativement bien fixée une fatigabilité importante, une tristesse, des troubles de la concentration et de la mémoire, une difficulté à initier et à maintenir les activités, une baisse de l'estime de soi, une relative anhédonie et des idées

noires fluctuantes. Les critères pour évoquer une symptomatologie dépressive moyenne étaient remplis selon l'expert. En revanche, en l'absence d'un ralentissement psychomoteur franc, de baisse d'appétit avec perte pondérale, il ne retenait pas de syndrome somatique associé. Cette symptomatologie dépressive moyenne était susceptible de générer des limitations fonctionnelles et une baisse de la capacité de travail. Si l'on se référait à un instrument comme le mini CIF-TAPP pour mesurer les aptitudes psychiques, l'assurée pouvait encore s'adapter à des règles et des routines dans son activité professionnelle. Par contre, sa capacité à planifier et structurer ses tâches était diminuée par la symptomatologie dépressive. Il en allait de même pour la flexibilité et les capacités d'adaptation, la symptomatologie dépressive devant être prise en compte, de même qu'un épuisement progressif de la personnalité pathologique. L'usage de ses compétences spécifiques était encore possible, mais avec un rendement réduit. Il en allait de même pour la capacité de jugement et de prise de décision, amoindrie par des troubles cognitifs dépendants de la dépression. La capacité d'endurance était également diminuée par les symptômes dépressifs, de même que la capacité à s'affirmer. L'assurée disposait toutefois encore de ressources pour répondre au cahier des charges de son activité indépendante. Le sens du contact envers les tiers paraissait préservé, de même que sa capacité à évoluer au sein d'un groupe. Les relations proches étaient encore préservées. En ce qui concernait les douleurs, elles étaient décrites comme intenses, ne laissant que peu de répit. Toutefois, l'assurée n'avait pas la présentation clinique habituelle dans les syndromes douloureux somatoformes persistants, où la plainte essentielle était caractérisée par la douleur. En effet, l'assurée présentait une psychopathologie plus étendue, avec une altération marquée de la personnalité et une pathologie de l'humeur clairement documentée depuis le milieu des années 80. Cette pathologie était selon l'expert au premier plan par rapport à un éventuel diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Si l'on devait toutefois retenir un diagnostic de ce registre, il faudrait alors considérer que l'assurée présentait une comorbidité psychiatrique significative depuis plusieurs années, avec un épuisement progressif et la fixation dans une symptomatologie dépressive, ceci même sous traitement adapté, et une évolution des troubles sur plusieurs années, sans rémission notable malgré une prise en charge psychiatrique menée dans les règles de l'art. Il faudrait, dans l'hypothèse d'un trouble du registre de la somatisation, conclure au fait que l'assurée, malgré un traitement psychothérapeutique, continuait à présenter des plaintes algiques, ce qui allait dans le sens d'un état psychique cristallisé. Il n'y aurait en revanche pas lieu de retenir une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Si l'on considérait la symptomatologie de façon globale, le Dr R_____ était d'avis qu'à partir de la date de l'expertise, l'exigibilité médico-théorique au plan psychiatrique était de 50% dans l'activité exercée jusqu'alors. Il lui était par contre impossible de se prononcer formellement sur les périodes antérieures, étant donné la discrépance entre le status qu'il observait actuellement - qui n'allait pas dans le sens d'une rémission de la symptomatologie dépressive - et le rapport psychiatrique du 4 septembre 2011 évoquant une telle rémission. Il estimait dès lors que son évaluation de la capacité de travail devait être considérée comme effective à partir de la date de son entretien avec l'assurée. Auparavant, les différents certificats d'incapacité de travail émis pour des raisons psychiatriques pouvaient être à son avis validés. Dans son rapport du 12 novembre 2014, la Dresse Q_____ a rappelé le contenu du dossier de l'assurée. Elle a également rapporté que cette dernière avait, selon ses déclarations, connu des épisodes récurrents de lombalgies dès sa jeunesse, décrits comme tout à fait gérables à l'époque. Depuis 2010, elle gardait un fond douloureux constant, avec

des lombalgies en barre. Les douleurs ne lui laissaient pas de répit et provoquaient des réveils nocturnes fréquents, l'assurée disant ne pas pouvoir dormir plus de deux heures d'affilée sans antalgique. Il n'y avait pas d'irradiation sciatalgique ni de trouble neurologique associé. Les douleurs connaissaient une recrudescence dans les positions statiques, nécessitant de changer de position au moins toutes les heures. De même, le port de toute charge était décrit comme impossible, et le périmètre de marche était estimé à 500 mètres au maximum. Étaient également apparues ces dernières années des cervicalgies chroniques avec une irradiation en regard des trapèzes, associée à des tensions et tiraillements. Les douleurs pouvaient être calmées partiellement par des massages. L'assurée notait également un épisode de douleurs de l'épaule gauche, attribué à un conflit sous-acromial désormais calme. Elle disait également souffrir parfois de douleurs du genou droit en position accroupie, avec apparition d'une petite tuméfaction transitoire. Elle signalait enfin, occasionnellement, des lancées au niveau des doigts. Le travail à domicile lui permettait de varier les positions, mais elle ne pouvait aller au-delà de quatre heures par jour. Son mari assumait la majeure partie des travaux ménagers. L'assurée disait avoir dû renoncer à toute vie sociale en raison des lombalgies, et se rendait occasionnellement chez des amis. Elle conduisait sa voiture sur de petites distances, souvent pour aller chercher des classeurs chez des clients. Elle disait ne plus lire mais faire parfois quelques jeux sur l'ordinateur. Enfin, elle devrait prochainement faire évaluer ses hallux valgus, qui provoquaient des douleurs aux pieds récidivantes. L'assurée notait une stabilisation des douleurs au cours de ces dernières années, mais sans amélioration. Après avoir relaté les constats ressortant de l'examen clinique, la Dresse Q_____ a analysé les documents d'imagerie avant de retenir le diagnostic de lombalgies chroniques (M 54.97) avec status après décompression de canal lombaire étroit en L4-L5 et ablation d'un kyste du ligament jaune en mai 2009. L'expert a également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un hallux valgus bilatéral (M 20.1) et des cervicalgies non spécifiques (M 54.2). Dans son appréciation, la rhumatologue a noté l'échec de toute tentative de traitement et la persistance de douleurs lombaires en barre. Il n'y avait plus de douleur radiculaire aux membres inférieurs, mais une irradiation progressive en regard du rachis cervical avec des douleurs de type tiraillements et tensions. L'assurée n'exprimait pas spontanément d'autre plainte ostéo-articulaire. Elle relevait des épisodes de scapulalgies gauches sur un probable conflit sous-acromial, actuellement calme, un hallux valgus bilatéral, et des douleurs occasionnelles du genou droit en position accroupie. L'assurée disait ne conserver de position statique au-delà d'une heure et devoir régulièrement changer de position. Elle était capable de promener son chien durant trente minutes au maximum, et avait débuté des cours hebdomadaires de yoga. Elle pratiquait un peu de gymnastique à domicile, selon les douleurs. Objectivement, on retrouvait quelques troubles de la statique du rachis, sans importante limitation. Il n'y avait pas de signe radiculaire aux membres inférieurs et les amplitudes articulaires étaient libres au niveau périphérique. L'intensité douloureuse paraissait contraster avec les constatations objectives, en particulier une bonne mobilité du rachis. L'expert s'expliquait également mal la résistance à tous les traitements. Toutefois, il pouvait admettre que les lombalgies pouvaient entraîner certaines limitations dans une activité très lourde nécessitant des ports de charges de plus de 10 kg et des mouvements répétés en porte-à-faux du dos. Dans l'activité habituelle de comptable, on pouvait admettre une diminution du rendement de l'ordre de 20%, consécutive à la nécessité de changer régulièrement de position. Les cervicalgies en elles-mêmes n'avaient pas de caractère incapacitant. Dans leur rapport conjoint du 18

novembre 2014, les experts ont résumé le dossier de l'assurée, l'anamnèse et les plaintes de l'intéressée. Ils ont répertorié les incapacités de travail telles que ressortant des certificats figurant au dossier comme suit : - 50 % du 6 juin 2008 au 26 mars 2009, - 40 % du 27 mars au 5 mai 2009, - 100 % du 6 mai au 26 juillet 2009, - 50 % du 27 juillet 2009 au 31 janvier 2010, - 100 % du 1er février au 18 octobre 2010, - 50 % du 19 au 26 octobre 2010, - 80 % du 27 octobre 2010 jusqu'au 30 avril 2011. Par la suite, la situation était plus confuse. Dans un courrier à l'OAI du 11 mars 2012, la Dresse C_____ mentionnait une tentative d'augmentation de la capacité de travail à 80% le 1er février 2012. Cependant, dans le courrier de l'assurée du 20 avril 2013 au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, dont elle avait remis une copie au Dr P_____, elle mentionnait une incapacité de travail de 80% du 1er février au 31 mars 2012, puis une incapacité de travail à 50% du 1er au 30 avril 2012, qui serait attestée par la Dresse C_____. Selon l'assurée, plus aucun médecin n'attestait d'une incapacité de travail au-delà du 30 avril 2012, mais elle travaillait toujours à 50% depuis le 1er mai 2012. En raison d'un surcroît de travail, elle avait récemment engagé une personne, sans préciser à quel taux. Les diagnostics suivants étaient retenus : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F 33.10), trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F 60.31), lombalgies chroniques (M 54.97) avec status après décompression de canal lombaire étroit en L4-L5 et ablation d'un kyste du ligament jaune en mai 2009. Ont également été mentionnés en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : des migraines chroniques (G 43.O), un hallux valgus bilatéral (M 20.1) et des cervicalgies non spécifiques (M 54.2). Dans leur synthèse, les experts ont noté que l'examen de médecine interne était non contributif. Au plan rhumatologique, objectivement, on retrouvait quelques troubles de la statique du rachis, sans limitation importante. Les signes de Waddell pour la lombalgie étaient absents. Il n'y avait pas de syndrome radiculaire aux membres inférieurs. L'intensité douloureuse paraissait un peu contrastée avec les constatations objectives et une excellente mobilité du rachis. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique retenu par l'expert psychiatre ne concordait pas avec la rémission mentionnée par la Dresse F_____ le 4 septembre 2011. Par ailleurs, l'expert psychiatre avait conclu à la présence de tous les critères nécessaires pour retenir le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline. Au terme de l'entretien de synthèse, les experts estimaient unanimement que l'assurée présentait une atteinte significative de sa santé physique et psychique. Les lombalgies chroniques entraînaient des limitations fonctionnelles et une diminution du rendement de 20% consécutive à la nécessité de changer régulièrement de position. Les troubles psychiatriques limitaient la capacité de travail à 50% dans l'activité habituelle, qui restait adaptée aux limitations fonctionnelles retenues. Devant l'impossibilité de se prononcer formellement sur les périodes antérieures, cette estimation de la capacité de travail devait être considérée comme effective à partir de la date de l'expertise. Les experts n'avaient pas d'argument pour se distancer des appréciations antérieures de la capacité de travail. 34. Le 11 décembre 2014, la doctoresse T_____, du SMR, a émis l'avis qu'en l'absence d'incapacité de travail attestée au plan psychiatrique depuis mai 2011, il fallait considérer qu'il y avait eu rechute dépressive le 12 novembre 2014. Elle a rappelé les limitations fonctionnelles admises par la Dresse Q_____, ajoutant qu'il n'y avait pas d'activité plus adaptée que celle de l'assurée au plan ostéo-articulaire. Elle a considéré que les conclusions du SMR du 16 janvier 2013

restaient valables jusqu'au 15 novembre 2014, date après laquelle il y avait eu aggravation entraînant une incapacité de travail de 50% dans toute activité. Le médecin suggérait d'interpeller à nouveau la Dresse F_____ pour déterminer si cette aggravation était durable.![endif]>![if> 35. Dans son rapport du 9 mars 2015, la Dresse F_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans symptômes psychotiques depuis octobre 2010, à des migraines chroniques, à des céphalées de tension, à un syndrome lombo-vertébral chronique, à des douleurs à l'épaule d'origine articulaire et à une cataracte bilatérale. Le médecin a indiqué qu'en novembre 2010, l'assurée souffrait d'un état dépressif sévère sans symptômes psychotiques, dont elle s'était progressivement remise pour être en quasi rémission un an et demi plus tard. Le pronostic était réservé, même sur le plan psychiatrique. L'incapacité de travail avait été de 50% du 19 au 26 octobre 2010, de 80% du 27 octobre 2010 au 1 er mai 2011, et de 50% pour raisons somatiques depuis le 1 er mai 2011. ![endif]>![if> L'épisode dépressif léger à moyen actuel était directement en lien avec ses problèmes somatiques ; il n'y avait pas de facteur de crise autre que les douleurs qui puisse expliquer les fluctuations de l'humeur de l'assurée, malgré sa vulnérabilité à l'état dépressif. Les capacités de concentration, de résistance, d'adaptation et de compréhension étaient limitées par l'état dépressif récurrent. 36. Invitée par l'OAI à se prononcer sur les questions complémentaires que celui-ci entendait poser au Dr R_____, la Dresse F_____ a répondu par courrier du 4 juin 2015 qu'après avoir pris connaissance du rapport d'expertise et avoir pris trois mois de recul par rapport au diagnostic posé par ses soins le 9 mars 2015, elle maintenait le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen sans symptômes psychotiques, mais y ajoutait désormais celui de traits de la personnalité borderline . L'assurée s'était en effet représentée un mois et demi auparavant, sollicitant une prise en charge intensive dans le contexte d'une nouvelle surcharge émotionnelle. La Dresse F_____ s'était alors rendu compte qu'elle présentait une fluctuation de l'état clinique pouvant varier d'un instant à l'autre. L'assurée avait un passé traumatique chargé de carences affectives et présentait dans ce contexte des traits de personnalité borderline ainsi qu'une vulnérabilité à l'état dépressif au moindre facteur de stress, et alternait entre des périodes où elle allait mieux et d'autres où elle subissait des rechutes, avec toujours les lombalgies pour toile de fond. Ses troubles psychiatriques limitaient ainsi sa capacité de travail de 50% dans toute activité. La Dresse F_____ restait néanmoins d'avis que les lombalgies chroniques entraînaient d'importantes limitations fonctionnelles. Elle n'avait pas de question à poser à l'expert. ![endif]>![if> 37. Le 15 janvier 2016, l'OAI a retenu un revenu hypothétique sans atteinte à la santé de CHF 43'436.-, calculé sur la moyenne des revenus du compte d'exploitation de l'assurée de 2005 à 2008. Il a noté que l'intéressée s'était contentée d'un faible revenu avant son atteinte à la santé. Son entreprise étant sur le déclin, elle bénéficierait vraisemblablement d'une meilleure capacité de gain en tant que comptable salariée. Dès lors que l'exigibilité retenue par le SMR était identique dans toutes les activités, l'incapacité de travail se confondait avec l'incapacité de gain.![endif]>![if> 38. Le 3 mars 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente à compter du 1 er novembre 2015. ![endif]>![if> L'OAI retenait une incapacité de travail de 100% du 19 au 26 octobre 2010, de 80% du 27 octobre 2010 au 30 avril 2011, de 0% du 1 er mai 2011 au 15 novembre 2014 et de 50% dès le 16 novembre 2014, dans toute activité. 39. Par courrier du 30 mars 2016, l'assurée a contesté ce projet en alléguant que son incapacité de travail avait évolué comme suit : ![endif]>![if> - 50% du 6 juin 2008 au 27 mars 2009 (sans certificat médical), ![endif]>![if> - 60% du 27 mars au 6

mai 2009, ![endif]>![if> - 0% du 6 mai au 25 juillet 2009, ![endif]>![if> - 50% du 27 juillet 2009 au 31 janvier 2010, ![endif]>![if> - 50% du 1er février au 18 octobre 2010 (sans certificat médical), ![endif]>![if> - 50% du 19 au 31 octobre 2010, ![endif]>![if> - 80% du 27 octobre 2010 au 30 avril 2011, ![endif]>![if> - 50% du 22 avril 2011 au 31 janvier 2012, ![endif]>![if> - 80% du 1er février au 31 mars 2012, ![endif]>![if> - et 50% depuis le 1er avril 2012.![endif]>![if> Selon l'assurée, le droit à une rente devrait ainsi lui être reconnu depuis le 1er octobre 2011 sans interruption. L'assurée a également contesté les montants retenus par l'OAI à titre de revenus, exposant qu'un bénéficiaire calculé avec un chiffre d'affaires à 100% aboutirait à un gain de plus de CHF 88'000.-. 40. Par décision du 20 avril 2016, l'OAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2015, fixée à CHF 817.-, sur la base d'un revenu annuel moyen déterminant de CHF 35'250.- et de trente-six années de cotisations.![endif]>![if> 41. Par écriture du 23 mai 2016, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à ce que la date d'octroi de la rente soit modifiée. Elle demande également des explications quant au calcul de la rente en question. ![endif]>![if> La recourante affirme que son état de santé s'est aggravé non pas le 16 novembre 2014 mais en 2011 déjà et considère que le droit aux prestations devrait lui être reconnu dès le 19 avril 2011. Elle fait grief à l'intimé de ne pas avoir justifié le délai de carence d'une année. Elle conteste le revenu de CHF 43'436.- retenu par l'intimé pour 2005 à 2008 et sollicite des explications sur la manière dont a été fixé le montant de sa rente.

42. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 juin 2016, a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> S'agissant de la date d'octroi de la demi-rente, il explique s'être fondé sur l'expertise pluridisciplinaire de la CRR pour retenir une incapacité de travail de 80% du 19 octobre 2010 au 30 avril 2011, de 0% du 1er mai 2011 au 16 novembre 2014, l'activité habituelle étant considérée comme totalement adaptée, puis de 50% dans toute activité depuis novembre 2014. S'agissant du calcul de la rente, l'intimé se réfère à la prise de position émise le 16 juin 2016 par la Caisse interprofessionnelle AVS de la Fédération des Entreprises Romandes (FER-CIAM 106.1). Il en ressort que l'époux de la recourante est au bénéfice d'une rente de vieillesse depuis janvier 2014, que sa rente a dû être recalculée du fait que la recourante a été mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité dès novembre 2015 et que cela a aussi déclenché le partage des revenus durant les années de mariage (splitting). Pour le calcul de la rente de la recourante, il a été tenu compte de ses revenus entre 1979 - année de ses 21 ans - et 2014 - année précédant le droit à la rente. Les années de jeunesse n'ont pas dû être prises en compte car la durée de cotisations était déjà complète. Les revenus de 2001 à 2012 ont été partagés en raison du mariage. Le revenu a été revalorisé d'après les tables de l'OFAS et divisé par le nombre d'années de cotisation (36). La recourante a également eu droit à une demi-bonification pour tâches éducatives pour une année, en 2001 (année des 16 ans du fils cadet de son époux). En ont résultés un revenu moyen déterminant de CHF 35'250.- et une rente de CHF 817.- pour 2015 à 2016.

43. Par écriture du 11 août 2016, la recourante a indiqué ne pas contester le calcul de sa rente. ![endif]>![if> S'agissant de la faiblesse de ses revenus, elle l'a expliquée par le fait qu'elle a attaché plus d'importance à sa qualité de vie qu'à sa rémunération. Entre 2004 et 2006, elle a suivi des cours afin de se perfectionner et d'augmenter sa capacité lucrative, mais elle n'a pu achever sa formation en raison de l'apparition de ses soucis de santé. S'agissant de sa situation médicale, la recourante allègue que les experts ont constaté une incapacité de travail dans toute activité. Selon elle, si cet examen avait été réalisé en 2011, il aurait abouti aux mêmes conclusions. Pour le surplus, la recourante revient sur différents

rapports médicaux et en tire la conclusion qu'au vu des différences d'interprétation, erreurs dans les dates, dans les chiffres, il convient de « reprendre les interprétations et intercéder pour que les paramètres pris en compte sur la base des examens pluridisciplinaires soient les mêmes que pour les rapports de ses médecins traitants » et constater une « entrée en octroi d'indemnité dès le 19 avril 2011 au plus tôt ». 44. Dans sa duplique du 5 octobre 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions. [endif]>[if> Rappelant les critères déterminant la valeur probante d'une expertise et des rapports émanant d'un médecin traitant, il se réfère à la date de survenance de l'incapacité de travail de 50% fixée par l'expert psychiatre. EN DROIT 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), 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). [endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. [endif]>[if> 3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). [endif]>[if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, plus précisément sur la date à partir de laquelle le droit à une demi-rente d'invalidité est ouvert. [endif]>[if> Le montant de la demi-rente et les modalités de son calcul ne sont en revanche plus litigieux. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, 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 raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. 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. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). [endif]>[if> 6. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : 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 (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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. [endif]>[if> L'art. 29 al. 1 LAI précise que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA2, mais pas avant le mois qui suit le 18 ème anniversaire de l'assuré. 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité,

l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

b) 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3 ; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) 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, 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).

d) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

8. 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 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré, et le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 339/03 du 19 novembre 2003 consid. 2). } } 9. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner l'expertise réalisée à la CRR à la lumière des principes dégagés ci-dessus. } } Force est d'admettre que ce rapport est en tous points conforme aux réquisits jurisprudentiels. Les experts ont en effet pris connaissance du dossier médical de la recourante, qu'ils ont complété par une anamnèse détaillée. Ils ont posé des diagnostics clairs à l'issue d'examens cliniques complets et leurs conclusions sont motivées. Au plan rhumatologique, la Dresse Q_____ a admis une diminution de rendement de 20% liée à la nécessité de changer fréquemment de position. Son appréciation, bien motivée, est convaincante. Aucun rapport médical ne permet de s'en écarter. Dans ses rapports du 26 janvier 2011 et du 11 mars 2012, la Dresse C_____ a certes attesté d'une incapacité de travail de 50%, justifiée par les difficultés de la recourante à rester assise. Au plan formel, ces rapports ne satisfont cependant pas aux exigences dégagées par le Tribunal fédéral. De plus, il paraît difficile d'admettre une diminution de 50% uniquement en lien avec les problèmes de maintien de la position assise - également admise par l'experte rhumatologue, qui a retenu 20% à ce titre. Les explications que la Dresse C_____ a données en mars 2012, au sujet de la différence de capacité de travail dans l'activité de comptable et dans une activité adaptée ne sont en outre guère compréhensibles. Les limitations fonctionnelles qu'elle a retenues en janvier 2011 ne sont en effet pas incompatibles avec une activité de comptable, dans laquelle la recourante est libre d'aménager ses horaires et de changer de position pour soulager ses douleurs. On rappellera à ce sujet que de telles mesures sont exigibles de la recourante en vertu de l'obligation de diminuer le dommage, généralement applicable en assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral 9C_551/2011 du 10 février 2012 consid. 2.3). Il faut du reste noter que la Dresse C_____ a elle-même préconisé un examen médical complémentaire afin de déterminer la capacité de travail de la recourante dans son rapport du 15 août 2011, ce qui concourt à nier le caractère probant de ses propres conclusions. Quant à la Dresse J_____, elle n'a pas non plus motivé à satisfaction de droit sa conclusion selon laquelle la recourante disposait d'une capacité de travail de 50% en raison de ses lombalgies et de ses migraines, ressortant de son rapport du 3 octobre 2012. Cette conclusion est d'ailleurs en contradiction avec celle qui ressort de son rapport du 20 décembre 2012, où elle a admis une capacité de travail pouvant aller jusqu'à 70% dans une activité adaptée. Or, si l'on analyse les limitations fonctionnelles retenues par ce médecin - soit l'interdiction du port de charges et l'impossibilité de rester assise plus de trente minutes ou debout immobile plus de quelques minutes - force est de constater que l'activité de comptable indépendante est adaptée. Ce médecin a certes également fait état de troubles de la concentration. Il les a cependant mis en lien avec les troubles du sommeil et le trouble dépressif, pourtant qualifiés de stabilisés dans ce même rapport. Quant aux médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, ils ne se sont pas prononcés sur la capacité de travail de la recourante. Du point de vue psychiatrique, il n'existe pas non plus de rapport médical contredisant les conclusions du Dr R_____. L'intimé ne nie au demeurant pas sa valeur probante, et la recourante ne conteste pas les diagnostics posés par ce spécialiste et son

évaluation de la capacité de travail, à tout le moins s'agissant de la période courant dès la réalisation de l'expertise. L'expert psychiatre n'a pu retenir de restriction de la capacité de travail avant son examen clinique, en raison de l'absence de certificats médicaux émis pour des motifs psychiatriques durant cette période. En effet, au plan psychique, un arrêt de travail de 50% puis 80% dès octobre 2010 a été établi. La Dresse F_____ a cependant signalé la rémission du trouble dépressif dès le 1^{er} mai 2011, date à compter de laquelle elle a conclu à une capacité de travail complète du point de vue psychique. Cette évaluation correspond d'ailleurs aux indications de la recourante, qui annonçait une amélioration de son moral à l'OAI dans son courrier du 19 mai 2011. Cette amélioration a également été constatée par la Dresse C_____, qui évoquait une augmentation de l'endurance, survenue en avril 2011. On notera encore que si le Dr I_____ a mentionné dans son rapport du 22 mai 2012 que les symptômes de la lignée dépressive lui paraissaient encore très marqués, il ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail à cette date et le score à l'échelle HAAD excluait un trouble dépressif ou anxieux à la date de la consultation. La Dresse J_____ considérait dans son rapport du 3 octobre 2012 que le trouble dépressif n'influaient pas sur la capacité de travail de la recourante. Les médecins du Centre de la douleur des HUG n'ont pas non plus évoqué de trouble psychique dans leurs diagnostics lors de la consultation de mai 2013. Il n'est certes pas impossible que les troubles psychiques se soient à nouveau aggravés entre la rémission constatée et l'expertise du Dr R_____, dans une mesure influant la capacité de travail. Cependant, à défaut de certificat médical ou d'autre indice en ce sens, cette simple éventualité n'atteint pas le degré de vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales, de sorte que la recourante supporte les conséquences de l'absence de preuve. Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions des experts, auxquelles l'intimé s'est d'ailleurs également rallié. 10. La demande de prestations de la recourante remonte au 16 décembre 2010.

Conformément à l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente s'ouvre au plus tôt six mois plus tard, soit le 1^{er} juin 2011. Or, à cette date, eu égard aux considérations qui précèdent, il faut considérer que la recourante ne subissait aucune incapacité de travail pour motifs psychiques. L'incapacité de travail pour motifs rhumatologiques de 20% admise par l'experte rhumatologue n'atteignait quant à elle pas le seuil ouvrant le droit à une rente. C'est donc au terme du délai de carence d'une année après le début de l'incapacité de travail de 40% au moins, prévu par l'art. 28 LAI, que s'est ouvert le droit à la rente. L'incapacité de travail de 50% ayant débuté en novembre 2014 selon le Dr R_____, c'est à juste titre que l'intimé a fixé le début du droit à la rente au 1^{er} novembre 2015. Dès lors que l'activité de comptable indépendante de la recourante est adaptée à ses atteintes et à ses limitations fonctionnelles et qu'elle lui permet de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, son incapacité de travail et son incapacité de gain se confondent. Bien que la recourante ne conteste plus les modalités de calcul des prestations qui lui sont dues, il convient de souligner que cela a pour conséquence que le revenu avec invalidité correspond à 50% du revenu avec invalidité, de sorte que le montant des revenus sans invalidité établi par l'intimé n'a en l'espèce pas d'incidence sur le degré d'invalidité. Le taux d'invalidité de la recourante est ainsi de 50% et l'octroi d'une demi-rente par l'intimé ne prête pas flanc à la critique. Eu égard à ce qui précède, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit. Partant, le recours sera rejeté. La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.-. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA). 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.