

GE_GERICHTE A/1917/2012 vom 6. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1917_2012

FR: GE_GERICHTE A/1917/2012 du 6 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1917/2012 del 6 novembre 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame K_____, domiciliée à Versoix recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, Genève intimé EN FAIT Madame K_____, (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, a travaillé en qualité d'assistante en pharmacie à 73% (29,5 heures hebdomadaires) jusqu'au 11 juin 2009. Dans un rapport du 31 août 2009, le Dr A_____, psychiatre, a diagnostiqué chez sa patiente un état dépressif avec facteurs somatiques aggravants et en particulier une hypothyroïdie et une spondylarthrose. Le 19 janvier 2010, l'assurée a présenté une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une spondylarthrite ankylosante et d'une dépression sévère suite à un burn out. Le 10 mars 2010, la Dresse B_____, spécialiste FMH en endocrinologie et diabétologie, a diagnostiqué un carcinome de la thyroïde apparu en 2008 pour lequel l'assurée a été traitée jusqu'en septembre 2009. Actuellement, ce diagnostic était toutefois sans effet sur la capacité de travail de sa patiente. Dans un rapport du 17 mars 2010, le Dr A_____, a indiqué que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif depuis le 18 juin 2009 caractérisé notamment par de l'irritabilité, agressivité et fatigue chronique. Le pronostic était réservé, malgré un suivi psychothérapeutique et médicamenteux. En raison de cet état de santé, l'activité antérieure n'était plus exigible de l'assurée et on ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail. Le 30 mars 2010, la Dresse C_____, psychologue et conseillère en réadaptation professionnelle de l'OAI, a diagnostiqué un état dépressif avec facteurs somatiques. Elle a considéré que, pour l'instant, l'activité habituelle n'était pas exigible et les mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables, en raison des limitations suivantes : irritabilité, agressivité et fatigue chronique. Dans un rapport du même jour, la Dresse D_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante depuis 2000 et un état dépressif. Le pronostic était réservé. Elle a par ailleurs estimé que, dans son activité habituelle d'assistante en pharmacie, la patiente s'était trouvée en totale incapacité de travail entre le 16 et le 30 juin 2009. Depuis lors, elle présentait une capacité résiduelle de travail de 50% avec une diminution de rendement de 10%, en raison de l'impossibilité de porter des charges et de rester en station debout prolongée. Il fallait d'ailleurs prévoir une activité dans laquelle l'assurée pourrait faire des pauses régulièrement. Le 27 mai 2010, le Dr E_____, médecin chef du service de rhumatologie des HUG, a diagnostiqué une spondylarthrite ankylosante caractérisée par des douleurs inflammatoires et une raideur matinale. Il a noté que le père de sa patiente était également atteint de cette maladie. Les analyses de l'assurée démontraient par ailleurs la présence de l'antigène HLA B27 et de signes inflammatoires sur l'IRM de son rachis lombaire et des articulations sacro-iliaques. Par ailleurs, en raison du syndrome inflammatoire biologique dont souffrait également

l'assurée, il se justifiait de lui administrer un inhibiteur TNF-. L'assurée émettait toutefois des réserves quant à la prise ce traitement, vu les risques de récurrence oncologiques liés à son administration. S'agissant en particulier de son cancer thyroïdien, opéré en 2008 et 2009 et suivi d'une curiethérapie, la situation était stable. Dans un rapport du 26 juillet 2010, le Dr A_____ a indiqué que, sur le plan psychiatrique, l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire. Il n'y avait pas de changement dans les diagnostics. Sa patiente se plaignait toujours d'une fatigue chronique et d'un manque de motivation ne permettant pas la reprise du travail. La situation psycho-sociale était d'ailleurs cristallisée. Une reprise du travail s'avérait toutefois envisageable, sans qu'il soit possible d'en préciser le taux. Le 17 août 2010, le SMR a procédé à un examen rhumatologique et psychiatrique. Il a posé les diagnostics de spondylarthrite ankylosante et de lombosciatalgies intermittentes dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif sans déficit sensitivo-moteur et sans hernie discale et de dysbalances musculaires, avec répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait également un statut post-opération et curiethérapie d'un cancer de la thyroïde en 2008-2009, un excès pondéral, un status post-cholecystéctomie, un status post-opération d'un strabisme convergent et une dépression réactionnelle moyenne en rémission. Ces diagnostics secondaires n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. Du fait de ses absences répétées à son travail lorsqu'en 2008 un cancer thyroïdien avait été découvert, des problèmes avaient commencé à se poser entre l'assurée et ses collègues. Celles-ci la critiquaient, mais elle était très appréciée de sa patronne qui avait elle-même eu un cancer. L'arrivée d'une nouvelle collègue dans la pharmacie avait encore aggravé la relation conflictuelle. L'intéressée avait alors demandé à sa patronne d'intervenir mais cette dernière avait refusé. C'était dans un contexte de difficultés professionnelles, de problèmes de santé et de douleurs physiques importantes liées à sa spondylarthrite ankylosante - douleurs aux épaules, au thorax, aux mains, au bas du dos avec irradiations dans la jambe droite -, que l'état dépressif était apparu en 2009. Cet état s'était toutefois rapidement amélioré, grâce à la mise en place par le Dr A_____ d'un traitement adapté. Ladite dépression était dès lors manifestation réactionnelle, en l'absence d'antécédents. L'absence d'idées de suicide avec projet de réalisation ne plaidait pas non plus en faveur d'une dépression sévère, pas plus que l'absence d'hospitalisation en milieu spécialisé. S'agissant du traitement antidépresseur, il avait été institué dans les règles de l'art et l'amélioration avait pu être constatée dans les délais habituels, de sorte qu'il était impossible de suivre l'avis du Dr A_____ qui posait le diagnostic d'état dépressif sévère. Le praticien ne décrivait d'ailleurs aucun symptôme susceptible d'étayer ce diagnostic. De même, il n'était pas compréhensible qu'il mentionne, dans son rapport du 26 juillet 2010, que l'état était resté stationnaire, alors même qu'une diminution du traitement prescrit à l'assurée était intervenue en août 2009 déjà. Selon le SMR, il fallait au contraire considérer qu'il y avait eu une amélioration de l'état clinique de l'assurée qui remontait à la fin août 2009. Sur le plan ostéo-articulaire, l'examen clinique mettait en évidence que l'assurée ne disposait pas d'une musculature suffisante pour maintenir une position debout prolongée. Le statut neurologique était quant à lui dans les limites de la norme; il n'y avait aucun signe d'un déficit sensitivo-moteur radiculaire ou périphérique. Les radiologies confirmaient le trouble de la statique rachidienne et laissaient apparaître une discopathie L4-L5 et L5-S1 sans hernie discale et sans compression des structures nerveuses. Le SMR a dès lors conclu à une totale incapacité de travail entre le 11 juin et le 31 août 2009 pour des raisons psychiatriques. À compter du 1^{er} septembre 2009, l'assurée présentait toutefois une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 70% dans une activité adaptée, en

raison des seules atteintes ostéo-articulaires (impossibilité de maintenir une position debout prolongée et de charger le rachis qui devenait rapidement douloureux). L'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage, le 18 janvier 2011. L'enquêtrice a conclu à une invalidité dans la sphère ménagère de 13,75%, en tenant compte d'un statut d'active à 73% et de ménagère à 27%. En particulier, la pondération des empêchements retenus par l'enquêtrice était la suivante:

| Nature de l'empêchement | Pondération de l'activité en % | Empêchement en % | Invalidité en % |
|-------------------------|--------------------------------|------------------|-----------------|
| Conduite du ménage | 5% | 0% | 0% |
| Alimentation | 35% | 5% | 1.75% |
| Entretien du logement | 20% | 30% | 6% |
| Emplettes et courses | 5% | 0% | 0% |
| Lessive | 20% | 30% | 6% |
| Soins aux enfants | 15% | 0% | 0% |
| Divers | 0% | 0% | 0% |
| Total | 100% | 13.75% | |

L'enquêtrice a expliqué que les empêchements de l'assurée dans la sphère ménagère étaient modérés. Seuls les travaux physiques lourds étaient difficiles à effectuer. Il fallait toutefois noter que son époux, rentier AI, ne participait que rarement aux tâches ménagères et que l'assurée semblait très faible psychiquement. Le 28 janvier 2011, l'OAI a rendu un projet de décision niant le droit de l'assurée à une rente et à des mesures d'ordre professionnel. Par courrier du 18 février 2011, la Dresse D_____ s'est opposée au projet de décision de l'OAI. Elle a relevé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé ces derniers mois, avec des rachialgies et des sciatalgies qui s'étaient chronicisées, occasionnant de fréquents réveils nocturnes et s'accompagnant d'une raideur matinale de plusieurs heures. Il fallait également noter la présence d'une importante asthénie. La Dresse D_____ a par ailleurs rappelé l'existence d'éléments objectifs clairs, témoignant d'une forte activité de sa spondylarthrite. En particulier, l'IRM lombaire et sacro-iliaque avait montré des signes inflammatoires typiques et actifs ainsi que la persistance d'un syndrome inflammatoire biologique. Sa patiente se trouvait dès lors dans l'incapacité totale de travailler. Son ancienne activité ne semblait d'ailleurs guère exigible, au vu des fréquents ports de charges et de la station debout prolongée. Le 4 mars 2011, l'assurée s'est également opposée au projet de décision de l'OAI. Elle a rappelé qu'elle avait cessé d'exercer son activité professionnelle depuis le 11 juin 2009. Elle n'était d'ailleurs toujours pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, en raison notamment d'une aggravation de son état de santé depuis quelques mois, tel que relevé par son médecin-traitant dans son courrier du 18 février 2011. Dans un rapport du 4 avril 2011, la Dresse D_____ a rappelé le diagnostic de spondylarthrite ankylosante. Elle a indiqué que l'anamnèse était inchangée, par rapport à ses précédents rapports. La spondylarthrite restait active cliniquement et biologiquement. La patiente semblait moins réticente à l'idée de tenter un traitement biologique, mais exprimait encore quelques craintes par rapport à ses problèmes de thyroïde. Elle a estimé que la capacité de travail de sa patiente était nulle, vu l'activité de la maladie, marquée par des périodes fréquentes d'exacerbation des douleurs. Il semblait en effet déraisonnable d'exiger d'elle qu'elle poursuive son ancienne activité, vu également les contraintes physiques que ce métier impliquait. D'autre part, les horaires du matin devaient être évités, vu la présence de raideur musculaire prolongée surtout en début de journée. Le 13 juillet 2011, le SMR a conclu qu'une discrète aggravation de l'état de santé de l'assurée avait été rendue vraisemblable, vu la recrudescence du syndrome inflammatoire fluctuant avec réveils nocturnes. Dans le cadre de la spondylarthrite, qui n'était pas traitée selon les règles de l'art, et qui restait modérément active, on pouvait par ailleurs raisonnablement s'attendre à une évolution progressivement défavorable. En l'état actuel, il était difficile d'apprécier les répercussions de l'atteinte sur la capacité de travail, de sorte qu'un examen complémentaire devait être effectué. Le SMR a procédé à un nouvel examen clinique en rhumatologie, le 30 janvier 2012. Il a diagnostiqué des dorsalgies et lombosciatalgies

droites dans le cadre d'une spondylarthrite ankylosante HLA B27 positive ainsi que des troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire. Les diagnostics secondaires d'obésité, hypertension artérielle, discret status variqueux des membres inférieurs et status après opération et curiethérapie d'un cancer de la thyroïde en 2008 et 2009 ont également été posés. Au status actuel, le SMR a noté un bon état général, avec un discret status variqueux des membres inférieurs. Au status ostéoarticulaire, l'assurée présentait une boiterie d'appui, des troubles statiques du rachis, une mobilité lombaire diminuée par rapport à l'examen d'août 2010, une rétroflexion du tronc et des articulations sacro-iliaques douloureuses des deux côtés. L'assurée présentait encore des douleurs à la palpation de 7 points typiques de la fibromyalgie sur 18 ainsi que les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement et/ou de port régulier de charges d'un poids excédent 5kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc et pas d'exposition à des vibrations. Dans ce contexte clinique, l'activité habituelle d'assistante en pharmacie ne pouvait plus être exigée de l'assurée, parce qu'elle impliquait de rester debout toute la journée et de lever des charges. La capacité de travail était donc nulle dans cette activité. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était 70% depuis septembre 2009. Depuis le début de l'année 2011, ladite capacité était de 50%, vu l'aggravation de l'état de santé signalée par la Dresse D _____ et caractérisée par la persistance d'un syndrome inflammatoire et une diminution de la mobilité lombaire par rapport à l'examen clinique réalisé le 17 août 2010. La tolérance en position assise était en effet relativement bonne et l'assurée ne présentait pas de signe clinique pour une arthropathie inflammatoire périphérique, de sorte qu'une activité à 50% était encore exigible d'elle. Dans un avis du 7 mai 2012, le SMR a conclu à une totale incapacité de travail dans l'activité habituelle d'assistante en pharmacie depuis le 11 juin 2009, cette activité n'étant pas adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire. Par contre, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était de 70% depuis septembre 2009 et de 50% depuis début 2011, vu l'aggravation de l'état de santé signalé par le médecin-traitant de l'assurée. Par décision du 21 mai 2012, l'OAI a refusé d'accorder une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel à l'assurée, motif pris qu'elle présentait une capacité de travail raisonnablement exigible de 50% dans l'exercice de son activité habituelle, correspondant à un degré d'invalidité de 38%, insuffisant du point de vue de l'assurance-invalidité. Dans son activité habituelle, elle ne nécessitait d'ailleurs d'aucune formation complémentaire, dans la mesure où elle était déjà formée et avait toujours travaillé dans ce domaine, de sorte que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas nécessaires. L'OAI était toutefois disposé à étudier son droit à une aide au placement, sur demande écrite et motivée. Le 22 juin 2012, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a allégué que sa qualité de vie n'était pas bonne; elle ne pouvait pas rester debout plus de 30 minutes et se concentrer, elle oubliait tout et souffrait de douleurs quotidiennes. Depuis janvier 2012, elle rencontrait également des problèmes d'hypertension, des vertiges et des maux de tête presque tous les jours. Ses pieds et ses mains étaient engourdis. Dans le cadre de son activité professionnelle, il lui était impossible de se souvenir ce qu'un client lui avait demandé à peine une minute auparavant, de sorte qu'il était totalement illusoire de prétendre qu'elle pouvait reprendre le travail à 50%. Dans sa réponse du 23 juillet 2012, l'intimé a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. S'agissant de la capacité résiduelle de travail de la recourante, il a relevé que la décision attaquée mentionnait à tort

qu'elle présentait une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. En réalité, ladite capacité était nulle depuis le 11 juin 2009. Par contre, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était de 70% depuis septembre 2009 et de 50% depuis début 2011, au vu de l'aggravation de son état de santé. S'agissant des mesures de réadaptation professionnelle, la recourante ne cessait d'indiquer que son état de santé ne lui permettait pas du tout de travailler, quelle que soit l'activité envisagée. La condition de l'exigibilité subjective n'était dès lors pas réalisée. Dans cette mesure, les arguments soulevés par la recourante ne permettaient pas à l'intimé de faire une appréciation différente de son cas. Sur quoi, la cause a été 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, 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 343 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et des mesures d'ordre professionnel. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a

incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert

soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet 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 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). En l'espèce, l'intimé a procédé à une enquête ménagère ainsi qu'à deux examens rhumatologiques et un examen psychiatrique. Il a conclu à une capacité de travail résiduelle de la recourante de 50%, en raison de ses seules atteintes ostéoarticulaires, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, c'est-à-dire où elle peut alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, n'a pas à soulever et/ou porter régulièrement de charges d'un poids excédant 5kg, ne travaille pas en porte-à-faux statique prolongé du tronc et ne s'expose pas à des vibrations. S'agissant des troubles psychiatriques, les médecins du SMR ont conclu qu'ils n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail de la recourante dès la fin du mois d'août 2009. En particulier, le psychiatre traitant de la recourante lui avait administré une médication adaptée et elle avait rapidement pu se sentir mieux sur ce plan. Le praticien en question ne décrivait par ailleurs aucun symptôme en faveur d'un état dépressif sévère, de sorte qu'il se justifiait de conclure que ce diagnostic était sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. De son côté, la recourante a estimé qu'elle n'était plus du tout en mesure de reprendre une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, motif pris qu'elle ne pouvait pas rester debout plus de 30 minutes, qu'elle souffrait de problèmes de concentration et ressentait des douleurs quotidiennes. Elle a par ailleurs allégué que, depuis janvier 2012, son état de santé s'était aggravé; elle souffrait désormais également de problèmes d'hypertension, de vertiges et de maux de tête presque tous les jours et ses pieds étaient engourdis. Elle a dès lors considéré qu'il était totalement illusoire de prétendre qu'elle pouvait reprendre une activité à 50%, même adaptée. S'agissant premièrement de la valeur probante de l'enquête ménagère sur laquelle l'OAI s'est fondé pour procéder au calcul de l'invalidité, il apparaît que l'enquêtrice a scindé le champ d'activités ménagères en sept postes comme le préconise le chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (CIIAI). Le contenu de son rapport est suffisamment motivé, les limitations fonctionnelles y sont décrites de manière claire et les indications de la recourante y sont consignées. En particulier, l'enquêtrice relève que la recourante doit éviter les positions statiques prolongées, en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 10kg et changer de position régulièrement. Au demeurant, la recourante n'apporte pas d'élément qui permette de remettre en question les conclusions de l'enquêtrice. Elle ne conteste d'ailleurs pas la valeur probante de ce rapport. Compte tenu de ce qui précède, il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'enquête ménagère et de conclure que, dans sa sphère personnelle, la recourante présente un empêchement de

13,75%. La recourante conteste essentiellement la conclusion du SMR selon laquelle, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, elle présente une capacité résiduelle de travail de 50%. Se référant aux rapports de ses médecins-traitants, et en particulier à ceux de la Dresse D _____, la recourante estime que, sur le plan ostéoarticulaire, elle n'est plus en mesure d'exercer une activité lucrative, quelle qu'elle soit. Il apparaît en l'occurrence que le SMR s'est livré à une étude approfondie du cas de la recourante. Après l'avoir examinée et tenu compte des rapports de ses médecins-traitants ainsi que de ses plaintes, le SMR est parvenu à la conclusion que, dès 2011, l'assurée a présenté une aggravation de son état de santé, caractérisée par une boiterie d'appui, des troubles statiques du rachis, une mobilité lombaire diminuée par rapport à l'examen d'août 2010, une rétroflexion du tronc et des articulations sacro-iliaques douloureuses des deux côtés. En raison de cette aggravation, il a conclu à une diminution de sa capacité de travail; si en 2009, ladite capacité était de 70%, elle est désormais estimée à 50% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles ostéoarticulaires de la recourante. Certes, la Dresse D _____ estime que sa patiente n'est pas en mesure de reprendre une activité professionnelle, même à un faible taux. Cette praticienne ne pose pourtant pas de diagnostics et ne décrit pas de limitations fonctionnelles qui iraient au-delà de ceux retenus par le SMR. Elle a en effet uniquement précisé que, vu l'activité de la maladie, marquée par des périodes fréquentes d'exacerbation des douleurs, sa patiente n'est plus en mesure de travailler. Il apparaît dès lors que le médecin-traitant se livre à une appréciation différente du cas de sa patiente, plus favorable, sans pour autant apporter d'éléments objectifs de nature à remettre en cause la valeur probante des avis du SMR des 17 août 2010 et 30 janvier 2012. Sur le plan psychiatrique, il apparaît que la dépression dont souffrait la recourante en 2009 est sans répercussion sur sa capacité de travail. Un traitement antidépresseur a en effet été institué dans les règles de l'art et l'amélioration de l'état de santé de la recourante a pu être constatée rapidement. Dans son recours, la recourante n'allègue d'ailleurs pas souffrir d'un quelconque état dépressif. De même, son psychiatre traitant n'a pas décrit de symptômes (tristesse, idées noires, fatigue, etc..) en faveur d'un tel diagnostic et a considéré que sa patiente pouvait reprendre une activité, sans parvenir à en préciser le taux. Il s'ensuit que c'est à bon droit que l'intimé a retenu une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Le calcul de l'invalidité ne prête d'ailleurs pas le flanc à la critique (ESS, abattement de 10%). S'agissant des mesures d'ordre professionnel, il apparaît que la recourante ne se voit pas entreprendre des démarches en vue d'une reprise d'activité. Dans ce contexte, il apparaît inutile de mettre une mesure de réadaptation professionnelle en œuvre. La Cour relèvera toutefois que, si la recourante le souhaite, l'intimé s'est montré disposé à lui dispenser une aide au placement. Il lui appartient, cas échéant, de formuler une demande en ce sens à l'OAI. Enfin, si la recourante s'estime fondée à déposer une nouvelle demande de prestations, en raison d'une aggravation de son état de santé postérieurement à la décision entreprise, elle a la possibilité de le faire. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. **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 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.