

GE_GERICHTE A/1944/2012 vom 2. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1944_2012

FR: GE_GERICHTE A/1944/2012 du 2 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1944/2012 del 2 ottobre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.10.2012 A/1944/2012

A/1944/2012 ATAS/1185/2012 du 02.10.2012 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1944/2012 ATAS/1185/2012 ORDONNANCE D'EXPERTISE DE LA COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 2 octobre 2012 6 ème Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Genève recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Mme P _____ (ci-après : l'assurée), née en 1961, divorcée en 1996, mère de deux enfants nés en 1980 et 1984, de nationalité portugaise, est titulaire d'une autorisation d'établissement C. L'assurée, sans formation professionnelle, a exercé une activité de nettoyeuse à temps complet chez X _____ SA du 13 août 2001 au 31 janvier 2006. Antérieurement, soit depuis 1987, elle a exercé plusieurs emplois comme femme de chambre, employée de cuisine, employée dans l'économie domestique ou nettoyeuse. Du 22 mai au 25 septembre 2000, l'assurée a séjourné à la Clinique Y _____ de psychiatrie dans les Grisons en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychiatrique (F32.2). De 2002 à 2005, l'assurée a été plusieurs fois en incapacité totale de travailler, attestée médicalement. Du 16 au 30 septembre 2004, l'assurée a séjourné au CTB des Pâquis, en raison de symptômes dépressifs. Le 28 septembre 2005, le service de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a diagnostiqué une hernie discale C6-C7 droite selon une IRM du 7 juillet 2005 et pratiqué une intervention chirurgicale (dissectomie C6-C7 droite plus cage co-ligne) le 19 septembre 2005 par les Drs A _____ et B _____. Dès le 19 décembre 2005, la Dresse C _____, FMH médecine générale, a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée, pour une durée indéterminée, confirmée le 27 mars et le 23 mai 2006 jusqu'au 31 mai 2006, avec une reprise d'activité mentionnée pour le 1 er juin 2006. Les 22 février et 27 mars 2006, les HUG ont attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée du 13 février au 27 mars 2006 et d'une hospitalisation dès le 13 février 2006. Le 3 mars 2006, le service de neurologie des HUG a posé le diagnostic de sclérose en plaques possible à la suite du séjour de l'assurée du 13 au 22 février 2006. L'assurée a bénéficié d'indemnités de l'assurance-chômage du 1 er juin 2006 au 31 mai 2008. Le 28 novembre 2006, le service d'ophtalmologie des HUG a constaté une papillite de l'œil gauche, apparue en février 2006 et faisant suspecter un diagnostic de sclérose en plaques. Le 14 mai 2007, le service d'ophtalmologie des HUG a constaté une papillite à l'œil droit. Le 29 juin 2007, le Dr D _____, FMH médecine générale, a attesté d'une incapacité de travail totale de l'assurée depuis le 29 juin 2007, confirmée le 30 août 2007. Le 17 juillet 2007, le Dr E _____ de la policlinique de neurologie des HUG a proposé un traitement de Rebif® au vu du diagnostic de sclérose en plaques et d'une IRM du 18 avril 2007 montrant une nouvelle lésion au niveau de la région

occipitale gauche interhémisphérique. Le 12 septembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une sclérose en plaques et d'une hernie cervicale C6-C7. Le 25 septembre 2007, X_____ SA a précisé que le contrat de l'assurée comme employée d'entretien avait été résilié pour le 31 janvier 2006 et que le 30 juin 2005 était le dernier jour de travail effectif. Le salaire était de 18 fr. 50 de l'heure pour 41,5 heures par semaine et serait dès le 1^{er} janvier 2007 de francs 18 fr. 75. L'assurée avait été en incapacité totale de travail du 1^{er} juillet 2005 au 31 janvier 2006. Le 3 octobre 2007, l'assurée a indiqué à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qu'en bonne santé elle exercerait une activité de nettoyeuse à 100 %. Le 27 octobre 2007, le Dr D_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé les diagnostics de sclérose en plaques depuis 2006, névrite rétrobulbaire gauche depuis 2006, status post-opération de hernie discale C6-C7, discopathie depuis 2005, status post-dépression depuis 2000 et sans répercussion sur la capacité de travail de discopathies dorsolombaires. L'assurée était en incapacité de travail depuis 2005 et attestée par lui-même à 100 % depuis le 29 juin 2007 en raison d'un traitement d'Interferon® pour la sclérose en plaques, une autre activité que celle de nettoyeuse était exigible à 25 % avec des contraintes physiques minimales. Il suivait la patiente depuis le 16 avril 2007. Le 30 octobre 2007, le Dr E_____ a rendu un rapport médical AI dans lequel il a posé le diagnostic de sclérose en plaques depuis mars 2006. Une capacité de travail de 50 % pouvait être reconnue dès maintenant dans une activité adaptée, avec l'aide de la réadaptation, telle qu'aide infirmière. Le 1^{er} novembre 2007, la policlinique de neurologie des HUG a écrit au Dr D_____ que l'assurée n'avait pas de plainte nouvelle par rapport à juin 2007, que l'examen neurologique était pratiquement normalisé à l'exception d'une discrète faiblesse des membres inférieurs et que l'état somatique ne justifiait tout au plus qu'une incapacité de travail à 50 % en raison de douleurs (choc) dans les membres et d'une fatigabilité en cas d'effort physique prolongé. La policlinique de neurologie des HUG a écrit le 28 novembre 2007 au Dr D_____ que l'assurée avait consulté en raison de faiblesse subite des membres inférieurs et que les constatations étaient identiques à celles du 30 octobre 2007 sans déficit moteur nouveau. Le 6 février 2008, le Dr F_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée présentait une sclérose en plaque de forme poussée-rémission et signalait d'occasionnelles décharges électriques au niveau des quatre membres, associées à une sensation de serrement au niveau des genoux nécessitant une augmentation de la dose de Rebif®. Le 6 mars 2008, la policlinique de neurologie a écrit au Dr D_____ que l'assurée avait consulté en raison de fatigue accrue et de difficultés à la marche mais que l'examen ne révélait ni anomalie ni déficit évident. A la demande de l'OCAI, le Dr G_____, FMH en neurologie, a rendu une expertise le 14 mars 2008. L'assurée se plaignait d'un état dépressif récurrent (manque de moral, anxiété permanente, anhédonie avec parfois des idées suicidaires et difficultés de sommeil) de la persistance de cervicalgies modérées et de sclérose en plaques (fatigue importante, insensibilité des deux membres inférieurs l'obligeant à se coucher régulièrement, manque d'équilibre, dysesthésies / chocs électriques des deux membres supérieurs, état pseudo-grippal pour injection de Rebif®). Il a posé les diagnostics suivants : diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail : cervicalgies modérées après cure de hernie discale C6-C7 (21.09.2008); état dépressif récurrent (depuis 2000 environ); probable sclérose en plaques (forme poussées-rémissions, premières manifestations en février 2006). Diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail : hypercholestérolémie. Les limitations au plan physiques étaient une fatigue / fatigabilité, un syndrome pseudo-grippal et une incapacité à effectuer des activités

physiques lourdes suite à la cure de hernie discale et la présence d'une hernie discale dorsale et lombaire. Des mesures de réadaptation professionnelle ne paraissaient pas envisageables compte tenu de l'affection et de l'âge de l'assurée. La capacité de travail, susceptible de s'améliorer mais aussi de se péjorer, devait être réévaluée dans deux ans. L'assurée était en arrêt maladie complet depuis le 29 juin 2007. Elle avait, du point de vue psychique, présenté un état dépressif récurrent depuis 2000, avec hospitalisation de trois à quatre mois dans les Grisons et prise en charge par le CTB des HUG. La situation sur le plan thymique était actuellement meilleure. Elle avait chuté en 2002 dans un escalier, ce qui avait entraîné des cervicalgies compliquées par une hernie discale C6-C7, avec évolution favorable suite à l'intervention du 21 septembre 2005, sous réserve de la persistance de cervicalgies. Les examens IRM avaient mis en évidence une hernie discale asymptomatique D8-D9 et L1-L2. L'examen clinique était rassurant. Elle présentait néanmoins une hypoesthésie globale de la main droite. Les plaintes de fatigue /fatigabilité, et les troubles sensitifs subjectifs et le syndrome pseudo-grippal lié à l'intolérance partielle de l'Interferon® étaient compatibles avec le diagnostic de sclérose en plaques et intriquées avec les manifestations de l'état anxio-dépressif chronifié. L'ensemble des problèmes entraînait une incapacité de travail complète dans les activités exercées jusqu'ici depuis le 29 juin 2007 mais permettait une activité relativement légère, sans port régulier de charges de plus de 15 kilos ni de position fixe prolongée de la nuque et autorisant des changements de position, à 50 %. Le 8 avril 2008, le Dr H_____ du SMR a estimé qu'une évaluation psychiatrique se justifiait. Le 11 juillet 2008, le Dr I_____, psychiatre FMH du SMR, a rendu un rapport suite à l'examen de l'assurée du 4 juillet 2008. L'assurée se plaignait de ne pas être heureuse, d'être fatigable, de douleurs musculaires et de maux de tête. Il a posé le diagnostic de dysthymie (F34.1) sans répercussion sur la capacité de travail de sorte que la capacité de travail était totale dans toute activité du point de vue psychiatrique. Le 21 juillet 2008, le service d'ophtalmologie des HUG a conclu à un status neuro-ophtalmologique stable. Selon un contrat de travail du 1^{er} août 2008 l'assurée a été engagée dès cette date comme vendeuse par l'épicerie Tabac-Z_____ (K_____) à 40 % pour un salaire mensuel brut de 1'500 fr. et selon l'avenant du 1^{er} mai 2009 à 25 % du 1^{er} mai 2009 au 15 juin 2010 pour un salaire mensuel brut de 1'020 fr. Le 25 juillet 2008, le Dr H_____ a retenu une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée dès mars 2008, date de l'expertise neurologique, compte tenu de l'expertise neurologique attestant que le traitement de la sclérose en plaques était mal supporté par l'assurée. Le 18 novembre 2008, le service d'ophtalmologie des HUG a conclu à un status neuro-ophtalmologique stable. Le 26 novembre 2008, l'OCAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 38,2 %, soit un revenu sans invalidité annuel de 41'314 fr. et un revenu d'invalidité de 25'513 fr (calculé sans abattement). Le 11 décembre 2008, le Dr F_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée présentait des douleurs et lourdeurs des membres inférieurs et une gêne ophtalmique. Par projet d'acceptation de rente du 6 mars 2009, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} juin 2008, fondée sur un degré d'invalidité de 54 %, soit un revenu sans invalidité de 49'499 fr. et un revenu d'invalidité de 22'962 fr (calculé avec un abattement de 10 %). Le 30 mars 2009, la réadaptation professionnelle de l'OCAI, suite à un entretien avec l'assurée du 14 janvier 2009, a proposé de clore le mandat de réadaptation et relevé que l'assurée exerçait une activité adaptée à 40 %, soit vendeuse dans une épicerie-tabac. Le 3 mai 2009, le Dr F_____, FMH neurologie, a attesté qu'il serait préférable, compte tenu de la maladie de l'assurée et de sa situation économique et sociale, qu'elle bénéficie d'un degré d'invalidité de 60 %. Le 4 mai 2009, le Dr D_____ a

attesté que l'assurée ne pouvait travailler que difficilement, avec des pauses en raison de grande fatigue, et à un maximum de trois heures par jour environ soit un 25 % environ. L'assurée a été entendue par l'OCAI le 6 mai 2009 et a déclaré n'être capable de travailler que deux à trois heures par jour. Le SMR a estimé dans un avis médical du 19 mai 2009 que le Dr F_____ n'avait fait état d'aucun élément médical nouveau, comme une poussée nouvelle de sclérose en plaques, tout comme le Dr D_____ et confirmé en conséquence le rapport du SMR du 29 juillet 2008. Le 29 mai 2009, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la "décision de l'OCAI" et demandé une réévaluation de son dossier. Une procédure A/1950/2009 a été enregistrée. Le 29 mai 2009, M. K_____, gérant de l'épicerie Z_____, a certifié que l'assurée n'arrivait pas à assurer le temps de travail contractuel de 40 % en raison d'un état de fatigue qui l'obligeait à s'arrêter malgré sa volonté de rester à son poste. Le 4 juin 2009, le Dr F_____ a attesté que, malgré le traitement à l'Interferon® bêta-1a, il persistait une sensation de faiblesse des membres inférieurs associée à une importante asthénie, limitant le travail à environ trois heures par jour. Il n'était pas envisageable qu'elle puisse travailler à 50 %. Le 17 juin 2009, le Dr D_____ a rempli un rapport médical détaillé (formulaire européen) en mentionnant que l'assurée exerçait un travail allégé à 40 % depuis le "1^{er} août 2009". Sous traitement de Rebif® les paresthésies avaient disparu. Elle présentait de la fatigue musculaire (genoux, muscles et jambes). La situation s'était un peu détériorée par rapport à l'examen du 22 août 2008. Elle était capable d'exercer des travaux légers avec de fréquentes pauses (dix - quinze minutes chaque deux heures), en évitant le stress, en alternant les postures de travail mais plutôt en position assise, au maximum à un taux de 30 %. Par décision du 24 juin 2009, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 54 %, dès le 1^{er} juin 2008. Des radiographies bassin face et hanche droite ainsi qu'une échographie des hanches et des parties molles du 26 juin 2009 ont conclu à des examens sans anomalie notable et insuffisant pour une discopathie lombaire discale. Une IRM dorso-lombaire et une radiographie de la colonne lombaire du 30 juin 2009 ont conclu à des discopathies étagées pouvant s'intégrer dans des conflits disco-radiculaires particulièrement du côté droit. Le 1^{er} juillet 2009, la consultation neuro-ophtalmologique des HUG a rendu un rapport suite au contrôle de l'assurée du 30 juin 2009, lequel montrait un status neuro-ophtalmologique stable. Le 13 juillet 2009, la Dresse L_____, FMH neurologie, a écrit au Dr D_____ que l'assurée se plaignait depuis trois semaines de douleurs dans le coude droit, de lombalgies et de douleurs dans la hanche droite à caractère mécanique. Il n'y avait actuellement pas d'argument clinique pour une poussée de sclérose en plaque mais une suspicion d'épicondylite droite. Le 19 août 2009, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru après du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Actuellement, elle bénéficiait d'un revenu mensuel net de 938 fr. 70 et ne pouvait exercer une activité à un taux supérieur à 40 % en raison d'un état de fatigue important. Comparé au revenu sans invalidité de 49'499 fr., son revenu actuel annuel de 11'264 fr. aboutissait à un taux d'invalidité de 77,2 %. Cette procédure porte le numéro A/2984/2009. Selon les décomptes de salaire des mois de mai, juin et juillet 2009, le salaire brut mensuel de l'assurée est de 1'020 fr. et net de 938 fr. 70. Le 8 septembre 2009, le Dr F_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse au niveau de l'épicondylite et de l'avant-bras à droite et au niveau lombaire irradiant dans le membre inférieur droit. (diagnostic entre une irritation radiculaire et un problème musculo-tendineux). Le 17

septembre 2009, l'OCAI a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise du Dr G_____ avait pleine valeur probante et que l'emploi actuel de la recourante à 40 % ne correspondait pas à la pleine mise en valeur de sa capacité de travail, ce qui justifiait de se référer au salaire statistique de l'enquête suisse sur la structure des salaires. Par arrêt du 28 septembre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales a pris acte du retrait du recours dans la procédure A/1950/2009 et rayé la cause du rôle. A la demande du Tribunal de céans, M. K_____ a précisé qu'il avait engagé l'assurée le 1^{er} août 2008 en tant que vendeuse à 40 %, que le salaire mensuel brut d'une vendeuse à plein temps était de 3'750 fr. Il a transmis une copie du contrat de travail du 1^{er} août 2008 selon lequel l'assurée était engagée à 40 % pour un salaire mensuel brut de 1'500 fr. et un avenant du 1^{er} mai 2009 selon lequel l'horaire de travail était de vingt heures par semaine et le salaire brut de 1'020 fr. Par arrêt du 16 novembre 2009 (ATAS/1417/2009) le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée en considérant que le rapport d'expertise du Dr G_____ du 14 mars 2008 était probant. Le 19 mars 2010, M. K_____ a licencié l'assurée pour le 30 juin 2010. Le 24 mars 2010, le Dr F_____ a écrit au Dr D_____ que l'assurée présentait une asthénie généralisée, associée à une impression de faiblesse des membres inférieurs, une récurrence d'épicondylite droite et d'occasionnelles lombalgies. Le 25 août 2010, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de la rente AI en mentionnant que son état de santé était toujours le même et qu'elle était sans activité lucrative. Le 22 septembre 2010, le Dr D_____ a certifié d'une capacité de travail de 25 % depuis le 1^{er} octobre 2010. Le 25 septembre 2010, le Dr D_____ a rendu un rapport médical intermédiaire AI indiquant que l'état de santé s'était aggravé par l'apparition depuis le printemps 2010 de faiblesse de flexion de la hanche droite, avec engourdissements et douleurs lombaires basses et que la capacité de travail était de 20 à 30 % en raison d'asthénie, fatigabilité rapide, douleurs dans les hanches, genoux et hanche droite. Le 27 septembre 2010, le Dr F_____ a écrit à l'OAI que l'assurée présentait une importante asthénie généralisée associée à une sensation de faiblesse des membres inférieurs et que l'activité de vendeuse était limitée à 25 % en raison de l'importante asthénie. Par communication du 29 septembre 2010, l'OAI a maintenu la demi rente d'invalidité de l'assurée. Le 14 octobre 2010, le Dr F_____ a attesté que l'assurée présentait des douleurs des membres inférieurs en rapport avec une lombosciatalgie droite sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire et aussi liées à la maladie démyélinisante entraînant une limitation de la capacité de travail à 25 % comme vendeuse en épicerie. Le 18 octobre 2010, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle avait travaillé à l'épicerie à 40 % du 1^{er} août 2008 au 1^{er} mai 2009 puis à 25 % du 1^{er} mai 2009 au 15 juin 2010, qu'elle avait été licenciée, que sa situation s'était aggravée (plus de douleurs, plus de difficultés à la marche, jambe bloquée, manque de force) et qu'elle demandait qu'il soit réellement tenu compte de ses séquelles. Par décision du 21 octobre 2010, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité. Le 15 novembre 2010, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales à l'encontre de la décision précitée en invoquant une aggravation de son état de santé (procédure A/3942/2010) Le 16 novembre 2010, le Dr D_____ a attesté que l'assurée subissait des effets secondaires de son traitement de Rebif®, incapacitant quelques fois le lendemain, et souffrait donc de fatigue, de paresthésies diverses, de douleurs fluctuantes liées à sa maladie, outre une lombosciatalgie droite apparue en 2009 sur troubles dégénératifs étagés du rachis restreignant à 25 % sa capacité de travail comme l'estimait le Dr F_____. Le 2 décembre 2010, la Dresse M_____ du SMR a estimé qu'il y avait nettement une aggravation de l'état de santé

justifiant une instruction complémentaire. Le 13 décembre 2010, l'OAI a conclu au renvoi du dossier pour instruction complémentaire. Par arrêt du 10 janvier 2011 (ATAS/32/2011), la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice, (compétente depuis le 1^{er} janvier 2011) a admis partiellement le recours, annulé la décision du 21 octobre 2010 et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le 11 avril 2011, le Dr F_____ a écrit à l'OAI, à la demande de celui-ci, que la capacité de travail dans un poste adapté aux limitations fonctionnelles était de 25 % compte tenu d'une oculomotricité saccadée, d'une limitation de mouvement d'élévation et de rotation du bras gauche (inflammation de la capsule de l'épaule) et du rachis lombaire, ainsi que des troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche. Le 30 avril 2011, le Dr D_____ a écrit à l'OAI, à la demande de celui-ci, que l'assurée se plaignait de fatigue après deux heures de présence dans son ancien travail de vendeuse, qu'était ensuite apparu un lumbago en septembre 2008, des troubles douloureux articulaires en juin 2009 (épicondylite du coude droit) et des douleurs plus insistantes depuis février 2010 au poignets, lombaires, à la hanche droite et à l'épaule gauche (évoquant un début de capsulite), et que la capacité résiduelle était faible soit de deux heures maximum par jour dans un poste adapté. A la demande de l'OAI, le Dr G_____ a rendu un rapport d'expertise le 18 septembre 2011, après avoir examiné l'assurée le 19 août 2011 et mandaté un bilan neuropsychologique effectué le 30 août 2011. S'agissant de la sclérose en plaques, l'expert relève que les éléments cliniques et paracliniques permettaient de conclure à l'absence de toute manifestation et d'évaluation de type secondairement progressives depuis la précédente expertise. S'agissant des cervicalgies, elles s'étaient aggravées et des douleurs du rachis dorso-lombaire et des céphalées étaient apparues, un manque de force global des quatre extrémités, des blocages de hanche, des paresthésies et gonflement des mains et des pieds. L'assurée se plaignait d'effets secondaires au traitement de Rebif® (syndrome pseudo grippal avec douleurs, maux de tête, fatigue), d'un état anxio-dépressif réactionnel, de l'extension des douleurs cervicales à l'ensemble du rachis et aux quatre extrémités avec manque de force global et troubles sensitifs distaux. L'examen neuropsychologique a conclu à des troubles attentionnels et des troubles du rappel en mémoire verbale. Les diagnostics posés étaient les suivants : sclérose en plaques (forme poussées-rémissions sans rémission; 1^{ère} manifestation en février 2006; Rachialgies et douleurs au niveau des quatre extrémités d'origine plurifactorielle (début courant 2004); Trouble attentionnels, dysexécutifs et mnésiques modérés (présents depuis une Période indéterminée). L'évolution depuis la précédente expertise de la sclérose en plaque avait été favorable avec l'absence de toute poussée sur le plan neurologique; l'examen neurologique était normal concernant le système nerveux central; les IRM montraient une stabilisation des lésions, la seule complication étant la fatigue et l'effet secondaire de la médication; concernant l'état dépressif la situation semblait être superposée à ce qu'elle était lors de l'expertise préalable; quant aux douleurs, le manque de force et les troubles sensitifs, il y avait des altérations dégénératives disco vertébrales modérées au niveau cervical et lombaire expliquant au moins en partie les douleurs cervicales et lombaires, une tendinopathie calcifiante du grand trochanter droit expliquant les douleurs au membre inférieur droit ainsi qu'une épicondylite; quant aux douleurs généralisées des articulations il n'y avait pas de composante neurologique mais une éventuelle affection rhumatismale ou une forme de fibromyalgie. Dans une activité légère, sans port régulier de charges de plus de 15 kilos, sans mouvement de force et répétitifs des membres supérieurs, permettant l'alternance des positions, sans position fixe de la nuque et sans nécessité d'un apprentissage important la capacité de travail de l'assurée

restait de 50 %. Une expertise rhumatologique visant à apprécier la part rhumatologique des douleurs au niveau des quatre extrémités était éventuellement nécessaire Le 11 janvier 2012, le Dr N _____, a rendu, à la demande de l'OAI, un rapport d'expertise fondé notamment sur un examen clinique du 9 janvier 2012. L'assurée se plaignait d'un état d'épuisement, d'une diminution de la force des membres inférieurs prédominant aux genoux, de lombalgies avec douleurs du membre inférieur droit, d'omalgies bilatérales, de douleurs cervicales, d'algies des poignets et de mains avec tuméfactions des doigts. Il a posé le diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail de : lombos-pseudo-sciatalgies chroniques troubles disco-dégénératifs importants du rachis lombaire status après cure de hernie discale C6-C7 et cage intersomatique le 17 septembre 2006. et sans répercussion sur la capacité de travail de douleurs musculo-squelettiques globales d'origine indéterminée. Au-delà d'un status après cure de hernie discale C6-C7 et mise en place d'une cage intersomatique de ce segment, se rajoutant des troubles disco-dégénératifs étagés prédominant toutefois en L5-S1 avec pour retentissement fonctionnel une certaine restriction à la limitation cervicale, s'accompagnant de contractures paracervicales droites du muscle trapèze de même que paralombaire droites avec des zones insertionnelles intéressant la crête iliaque et la musculature fessière de ce côté, rien ne permettait d'expliquer la globalité des symptômes douloureux allégués par l'assurée, algies intéressant non seulement le squelette axial mais aussi périphérique, l'anamnèse comme l'examen clinique conforté d'un bilan sanguin réalisé par le médecin traitant au mois d'août 2011 écartant un rhumatisme inflammatoire à l'origine des symptômes. Les douleurs musculo-squelettiques restaient par ailleurs non expliquées et étaient à intégrer à une éventuelle diminution du seuil de tolérance à la douleur dans le cadre d'une certaine souffrance psychologique voire à la maladie de base neurologique de sclérose en plaques ou à son traitement. Du point de vue rhumatologique seul, l'incapacité de travail de l'assurée dans son activité professionnelle antérieure de nettoyeuse était entière. Dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charge au-delà de 10 kilos, les mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux, travail excluant la position statique prolongée de la nuque, autorisant l'alternance de la position assise et debout au-delà deux heures, la capacité de travail de l'assurée était de 90 %, y intégrant une certaine diminution de rendement liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant le rachis et l'éventualité de prendre des pauses supplémentaires. Du point de vue thérapeutique, l'expert n'avait pas de proposition particulière à formuler du point de vue rhumatologique au-delà de la poursuite des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires à la demande, complété par une activité physique régulière à même d'éviter les rétractions musculaires et le raidissement articulaire. La capacité de travail était de 90 % trois mois après l'intervention chirurgicale cervicale de septembre 2005. Le 18 avril 2012, le Dr O _____ du SMR a rendu un avis selon lequel les expertises rhumatologique et neurologiques étaient convaincantes de sorte que la capacité de travail était nulle dans l'activité de nettoyeuse depuis 2005 et de 50 % dans une activité adaptée depuis 2006. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé. Par projet de décision du 25 avril 2012 et décision du 4 juin 2012, l'OAI a refusé d'augmenter la rente d'invalidité de 50 % de la recourante. Le 8 mai 2012, le Dr D _____ a rédigé une attestation médicale relevant que l'assurée souffrait d'une sclérose en plaques invalidante et estimait la décision de rente de l'AI totalement contestable; depuis l'évaluation précédente, son aptitude à effectuer un travail de manière régulière était quasi nul, elle souffrait de douleurs, de symptômes invalidants fluctuants qui ne pouvaient être prévus et de troubles dégénératifs du système ostéo-articulaire (rachis,

épaule); elle présentait de multiples limitations de sa capacité de travail entraînant une incapacité de travail totale et justifiant l'octroi d'une rente AI de 100 %. Le 15 juin 2012, le Dr Q _____, FMH psychiatrie et psychothérapie a indiqué qu'il suivait l'assurée depuis 2012. Elle avait présenté en 1996 des insomnies et un état d'anxiété puis une décompensation dépressive et anxieuse grave justifiant une hospitalisation psychiatrique; elle souffrait de douleurs massives post-injection de Rebif® l'obligeant à s'aliter un ou deux jours et restreignant progressivement les activités et le périmètre d'action; les gestes de la vie quotidienne devenaient difficiles; son incapacité de travail était nulle de façon certaine depuis environ deux ans; elle était désespérée avec l'apparition d'idées suicidaires; il était urgent de prendre en compte sa souffrance physique intense et son désespoir. Le 20 juin 2012, le Dr F _____ a certifié d'une aggravation de l'état de santé avec douleurs diffuses cervico-dorsales et des membres inférieurs et supérieurs proximement, d'une fatigabilité accrue et d'une limitation progressive des activités de la vie quotidienne, avec des périodes d'alitement de plus en plus longues, justifiant une incapacité de travail totale et une rente AI de 100 %; elle était également suivie pour un état dépressif. Le 25 juin 2012, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision précitée auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en invoquant une aggravation de la fatigue et des douleurs dorsales avec blocage de la jambe et des épaules, des fourmillements dans les jambes, bras et cuisses; elle allègue que certains jours elle n'arrive pas à marcher et qu'elle souffre beaucoup au réveil si elle passe beaucoup de temps allongée, qu'elle n'arrive parfois pas à se faire à manger par manque de force, qu'elle réagit mal à son traitement médicamenteux et que ses pensées sont très négatives ayant déjà pensé à mourir. Le 19 juillet 2012 la Dresse M _____ du SMR a estimé que le certificat du Dr Q _____, psychiatre du 15 juin 2012 n'était pas susceptible de modifier l'avis du SMR du 18 avril 2012, faute d'éléments cliniques objectifs. Le 23 juillet 2012, l'OAI a conclu au rejet du recours en se fondant sur les expertises des Drs G _____ et N _____. Le 3 septembre 2012, la Cour de céans a entendu l'assurée en audience de comparution personnelle, elle a déclaré :

"Actuellement, je ne travaille plus du tout et cela depuis le 30 juin 2010. Je me suis ensuite inscrite au chômage et mes indemnités se sont terminées en avril 2012. J'étais en recherche d'emploi pour un travail à 25 %, mais je n'ai rien trouvé. J'ai des douleurs 24 h. / 24 h. dans tout le corps, en particulier dans les articulations, comme un état grippal. Le traitement de la sclérose en plaques consiste en piqûres dans le ventre trois fois par semaine. Je prends toujours 44 mg. de Rebif. Ce médicament me donne des effets secondaires sous la forme d'un état grippal qui est constant et qui m'oblige à prendre huit antidouleurs par jour (Irfen 600 et Codafalgan). Si je ne prends pas ces médicaments, je n'arrive pas à marcher. Mon dos et mes hanches se bloquent et je manque de forces dans les genoux. J'ai également des blocages dans les épaules depuis un an et demi. Mon état s'est aggravé depuis un an et demi par l'apparition de blocages dans les épaules, le dos et les hanches. J'ai également des fourmillements dans tout le dos. Les douleurs sont un effet secondaire du traitement, mais pas les blocages. Je dois m'aliter plusieurs fois par jour. Je manque aussi de forces. Je m'estime totalement incapable de travailler. Je vois tous les mois mon médecin traitant, le Dr D _____, et une fois tous les trois mois environ le Dr F _____, ainsi qu'une fois par semaine le Dr Q _____. Parfois, j'ai aussi les mains qui gonflent, mais l'expert rhumatologue a exclu un rhumatisme. Au début, je prenais 20 mg. de Rebif, puis mon médecin a augmenté la dose à 44 mg. qui est la dose maximale. Mon médecin ne m'a pas proposé un autre médicament que le Rebif pour la sclérose en plaques. Avec le froid, le blocage des jambes s'accroît. C'est ce qui m'est arrivé un jour de 2007 où je suis restée

bloquée sans pouvoir marcher. J'ai ensuite été hospitalisée trois jours, puis j'ai changé de médecin et j'ai consulté le Dr F_____ qui m'a augmenté la dose de Rebif à 44 mg. Je pense que c'était en décembre 2007. Je précise que lorsqu'il fait froid, je ne peux pas sortir". Le 18 septembre 2012, la Cour de céans a informé les parties qu'elle entendait confier une expertise au Dr R_____, médecin spécialiste en neurologie, et leur a imparti un délai pour qu'elles se prononcent sur une éventuelle cause de récusation de l'expert ainsi que sur la mission d'expertise. Le 25 septembre 2012, l'intimé a indiqué qu'il n'avait ni de motif de récusation ni de question complémentaire à faire valoir. Le 1^{er} octobre 2012, la recourante a transmis une attestation du 29 septembre 2012 du Dr D_____ selon laquelle elle avait présenté fin septembre une rétinite aiguë de l'œil droit et que son état s'était péjoré et une attestation du 27 septembre 2012 du Dr F_____ selon laquelle elle avait présenté à mi-septembre 2012 une poussée de sclérose en plaques nécessitant un traitement ambulatoire aux HUG durant cinq jours, ainsi qu'une attestation du service d'ophtalmologie des HUG selon laquelle elle s'était présentée aux urgences le 18 septembre 2012 où une névrite optique rétrobulbaire avait été diagnostiquée. EN DROIT a) 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 b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de révision de la demi-rente d'invalidité de la recourante, à la suite de la dernière décision de l'OAI du 24 juin 2009. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012 (6^{ème} révision), ne sont pas applicables au cas d'espèce. Interjeté en temps utile le recours est recevable (art. 60 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 (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) Selon l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes: a. sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de

réadaptation raisonnablement exigibles; b. il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable; c. au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40 % au moins (al. 1). La rente est échelonnée selon le taux d'invalidité (al. 2) : 40 % au moins donne droit à un quart de rente; 50 % au moins à une demie rente; 60 % au moins à un trois quarts de rente et 70 % au moins à une rente entière. b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, 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, LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré. a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). L'art. 17 al. 1^{er} LPGGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). b) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1^{er}

mars 2004, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29 bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour

exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence). a) Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). a) En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) 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/bb et cc). e) Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). En l'espèce, la recourante allègue une aggravation de son état de santé depuis 2010, soit postérieurement à la dernière décision de l'OAI du 24 juin 2009 fixant son droit à une demi-rente d'invalidité. La Cour de céans constate que cette aggravation a été attestée par les médecins-traitants de la recourante; en effet le Dr D_____ dans des rapports des 25 septembre 2010, 16 novembre 2010 et 30 avril 2011 relève l'apparition depuis le printemps 2010 de douleurs plus insistantes aux poignets, lombaires, à la hanche droite, à l'épaule gauche, de faiblesse de flexion de la hanche droite, avec engourdissements et douleurs lombaires basses, de la présence d'effets secondaires du traitement de Rebif® et d'une capacité de travail réduite à 20-30 %, en raison d'asthénie, de fatigabilité rapide et de douleurs dans les hanches et genoux. Dans un dernier rapport du 8 mai 2012, le Dr D_____ a estimé que la

sclérose en plaques était invalidante et que l'incapacité de travail était totale. Quant au Dr F _____, dans des rapports des 24 mars 2010, 27 septembre 2010, 14 octobre 2010 et 11 avril 2011, il a estimé que la recourante présentait une importante asthénie généralisée associée à une sensation de faiblesse, de lombosciatalgie droite sur troubles dégénératifs étagés du rachis lombaire, une limitation de mouvement d'élévation et de rotation du bras gauche, des troubles de la sensibilité du membre inférieur gauche, de sorte que sa capacité de travail comme vendeuse était limitée à 25 %; dans un dernier rapport du 20 juin 2012, il a finalement considéré que l'état de santé s'était aggravé avec des douleurs diffuses cervico-dorsales et de tous les membres, d'une fatigabilité accrue entraînant une incapacité de travail totale. Ainsi, tant les Drs D _____ que F _____ ont attesté d'une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis la dernière décision de l'OAI du 24 juin 2009 et, en particulier, d'une incapacité de travail totale depuis mai 2012, soit antérieurement à la décision litigieuse du 4 juin 2012, étant relevé que selon leurs dernières attestations des 27 et 29 septembre 2012, ils ont indiqué que la recourante présentait depuis mi-septembre 2012 une poussée de sclérose en plaques. Les rapports précités, en particulier celui du Dr D _____ du 8 mai 2012 et celui du Dr F _____ du 20 juin 2012 sont en totale contradiction avec ceux des experts G _____ du 18 septembre 2011 lequel conclut à une capacité de travail de la recourante de 50 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et celui du Dr N _____ du 11 janvier 2012 concluant à une capacité de travail de la recourante de 90 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En conséquence, il convient d'ordonner une expertise judiciaire, laquelle sera confiée au Dr R _____, FMH spécialiste en neurologie, à Lausanne. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr R _____. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : Prendre connaissance du dossier de la cause. Si nécessaire prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme P _____. Examiner Mme P _____. Etablir un rapport détaillé et répondre aux questions suivantes: Quelle est l'anamnèse détaillée du cas ? Quelles sont les plaintes de Mme P _____ ? Quelle est l'atteinte à la santé dont souffre Mme P _____ (diagnostics avec et sans répercussion sur la capacité de travail, dates d'apparition) ? Quel est le status détaillé et l'évolution du status depuis le début de l'atteinte ? Mme P _____ suit-elle un traitement adéquat ? Quelles sont les limitations fonctionnelles ? L'état de santé de Mme P _____ s'est-il aggravé depuis la décision de rente de l'OAI du 24 juin 2009 ? Si oui, de quelle manière ? Compte tenu de vos diagnostics, l'assurée pourrait-elle exercer une activité lucrative ? Si non, pourquoi ? Si oui, laquelle ? A quel taux ? Depuis quelle date ? Quel est votre pronostic quant à l'exigibilité de la reprise d'une activité lucrative ? En particulier l'ancienne activité de vendeuse est-elle exigible ? Si non, une activité adaptée est-elle possible ? En particulier depuis le 24 juin 2009 ? Si non ou dans une mesure restreinte, pour quels motifs ? Quelles sont les limitations fonctionnelles qui entrent en ligne de compte ? Etes-vous d'accord avec l'expertise du Dr G _____ du 18 septembre 2011 ? En particulier avec les limitations fonctionnelles constatées et l'estimation d'une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée ? Si non, pourquoi ? Etes-vous d'accord avec les avis des Drs D _____ du 8 mai 2012 et F _____ du 20 juin 2012 selon lesquels la capacité de travail de Mme P _____ est nulle ? Si non, pourquoi ? Quel est le pronostic ? Au vu du dossier, votre réponse aux questions susmentionnées aurait-elle été identique à la date de la décision rendue par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité, soit le 4 juin 2012 ? Si non, pourquoi et quelles

sont les réponses qui varient ? Si oui, pourquoi ? Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux par le greffe le

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