

GE_GERICHTE A/2218/2018 vom 15. April 2019

GE Cour de justice, 2019-04-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2218_2018

FR: GE_GERICHTE A/2218/2018 du 15 avril 2019

IT: GE_GERICHTE A/2218/2018 del 15 aprile 2019

Erwägungen

E. 12

septembre 1985, LPA - E 5 10).! [endif]>! [if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité au-delà du 28 février 2016, étant constaté que l'intimé a admis en cours de procédure un droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2013 au 28 février 2016.! [endif]>! [if> 5. Conformément aux art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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 (al. 1). 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).! [endif]>! [if> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais 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 LPGA.! [endif]>! [if> 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).! [endif]>! [if> Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles

psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée. Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). 8. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C 442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). d. 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. 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 351 consid. 3b/ee). e. Un rapport du SMR (art. 49 al. 3 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C 542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Il ne pose pas de nouvelles conclusions médicales mais porte une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, il ne doit pas remplir les mêmes exigences au niveau de son contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche lui dénier toute valeur probante. Il a notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 581/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C 341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). f. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C 973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C 369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 9. 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. a. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C 242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C 337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). d. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 11. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères,

dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C 279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).>> Lorsque'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 (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir 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 économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C 286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C 659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C 286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C 602/2015, op. cit., consid. 6.1). 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 du Tribunal fédéral 9C 1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). 12. a. En l'occurrence, l'intimé a ordonné une expertise rhumatologique et psychiatrique sur laquelle il s'est basé pour rendre sa décision de prestations. >> Fondé sur un examen de la recourante, l'analyse des documents du dossier, en particulier radiologiques, comprenant les plaintes de la recourante, une anamnèse, le status général, neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique, posant des diagnostics et limitations fonctionnelles clairs et exposant une appréciation consensuelle du cas, le rapport d'expertise bidisciplinaire du SMR du 22 janvier 2018 répond aux réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante (sous réserve de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante du 3 octobre 2013 au 19 janvier 2014, dont il sera question ci-après). Il conclut à une capacité de travail de la recourante nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse et de 50 % dans une activité adaptée, depuis le 10 novembre 2015, en précisant que, du point de vue psychiatrique, la capacité de travail est limitée à 50 % dès mai 2016. b. Il convient tout d'abord de constater que l'intimé a admis, contrairement à l'avis du SMR du 26 novembre 2018, une incapacité de travail totale de la recourante du 3 octobre 2013 au 20 janvier 2014, comme l'invoquait celle-ci. Cette incapacité de travail peut être confirmée dès lors qu'il existe des motifs pertinents permettant de s'écarter de l'avis du SMR précité. Celui-ci s'est en effet référé aux conclusions du Dr T_____, lequel a estimé que le Dr

E_____ avait indiqué, en mars 2013, qu'une activité adaptée pouvait être envisagée, ce que le Dr C_____ avait confirmé le 8 novembre 2013 en attestant d'une reprise de travail à 100 % depuis le 3 octobre 2013. Or, contrairement à l'avis du Dr T_____, si le Dr E_____ a bien retenu dans son expertise du 18 avril 2013 qu'il était possible que l'on puisse envisager pour la recourante une activité adaptée principalement en position assise, avec possibilité d'alterner une position assise et debout, sans port de charge et sans position contraignante pour le dos, il a précisé le 31 juillet 2013 qu'il estimait qu'une activité à temps partiel pouvait seulement être envisagée. Une capacité de travail totale dans une activité adaptée du 3 octobre 2013 au 20 janvier 2014 ne pouvait, dans ces conditions, reposer sur l'appréciation de l'expert E_____. Elle ne pouvait non plus se fonder sur les certificats médicaux du Dr C_____ des 3 octobre 2013 et 8 novembre 2013 ; en effet, ceux-ci sont succincts et non motivés. Au surplus, selon la recourante, ces deux certificats auraient seulement été établis en vue de son inscription à l'OCE, ce qui est confirmé par la note de travail IP de l'intimé du 14 octobre 2013 ; en outre, dans un rapport du 26 janvier 2014 à l'OAI, le Dr C_____ n'a pas confirmé une capacité de travail dans une activité adaptée, dès lors qu'il n'a pas répondu à cette question, en se contentant de relever qu'il s'agissait d'une « question d'expertise ». Par ailleurs, au vu des rapports médicaux des médecins traitants, l'état de santé de la recourante s'est aggravé depuis mai-juin 2013, ce qui a été objectivé à l'IRM du 27 mars 2014 (rapports de la consultation spécialisée du rachis des HUG du 21 juin 2013, du Dr G_____ du 27 août 2013, de la consultation du rachis complexe des HUG du 10 octobre 2013, de la Dresse H_____ du 24 novembre 2013 et du Dr C_____ du 31 mars 2014). Enfin, le Dr T_____ a estimé que la date du début de l'aptitude à la réadaptation, soit la capacité de travail exigible de 50 % dans une activité adaptée, était le 10 novembre 2015 en non pas le 3 octobre 2013. Il n'y a ainsi pas d'élément médical pertinent permettant d'établir que la décompensation des lombalgies, qui a justifié, selon tous les médecins, dont l'expert T_____, une incapacité de travail totale, se serait améliorée dans une mesure telle qu'au 3 octobre 2013 la recourante aurait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Au demeurant, il convient de constater que la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité au-delà du 2 octobre 2013. Quant à la question de savoir si la recourante a ou non récupéré une capacité de travail de 50 % du 14 mars au 14 avril 2014, elle peut rester ouverte, n'ayant pas d'incidence sur son droit aux prestations. 13. a. La recourante conteste une capacité de travail de 50 % dès le 10 novembre 2015, en relevant que les experts n'ont pas correctement évalué l'interaction des troubles somatiques et psychiatriques, laquelle entrainerait une limitation de plus de 50 % de sa capacité de travail ; par ailleurs, compte tenu de ses ressources limitées et de son épuisement dû aux douleurs, elle n'avait pas les ressources nécessaires pour affronter un changement d'activité, ni, au vu de ses nombreuses limitations fonctionnelles, la possibilité de trouver une activité adaptée. b. Les experts ont posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de lombopyalgies bilatérales chroniques dans le cadre de discarthrose prédominant en L2-L3, L3-L4 et L4-L5, d'arthrose étagée des articulations postérieures, de scoliose, de séquelles de maladie de Scheuermann, d'arthrose trapezo-métacarpienne gauche, de scapho-trapéro-trapézoïdienne droite, de gonarthrose fémorotibiale interne débutante du genou gauche, d'un syndrome fémoropatellaire et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, sans syndrome somatique. Même si, comme le relève la recourante, l'appréciation du cas effectuée par les experts consiste plutôt en deux résumés, séparés, des conclusions rhumatologiques et psychiatriques, il

ressort néanmoins de l'évaluation de la capacité de travail que celle-ci est clairement diminuée de 50 % en raison de l'ensemble des atteintes ostéoarticulaires dégénératives, associées à la pathologie psychiatrique (expertise p. 17 - 19), et que le trouble psychiatrique a été jugé incapacitant également compte tenu du contexte douloureux, qui fragilisait le psychisme, avec un risque de provoquer une rechute dépressive (expertise p. 18). Ainsi, c'est bien l'interaction entre les pathologies somatique et psychiatrique qui entraîne une diminution de la capacité de travail de 50 %. Certes, les limitations psychiatriques ne sont admises par les experts que dès mai 2016, alors que les limitations somatiques le sont antérieurement, de sorte que la question d'une capacité de travail supérieure à 50 % entre le 10 novembre 2015 et le 1^{er} mai 2016 pourrait se poser. La chambre de céans renoncera toutefois à investiguer cette question, l'intimé ayant admis une capacité de travail réduite à 50 % dès le 10 novembre 2015. S'agissant de l'activité adaptée exigible, il n'y a pas lieu de conclure qu'elle n'existerait pas sur le marché du travail, de sorte que la recourante ne pourrait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail. En effet, il n'y a pas de motif pour admettre qu'il n'existe aucune activité qui respecte les limitations fonctionnelles de la recourante (sans port de charge au-delà de 5kg, sans posture en porte-à-faux lombaire, sans mouvements répétitifs de rotation ou flexion-extension lombaire, sans travaux de force de serrage ou mouvements répétitifs des pouces, sans activité en zone basse, à genou ou accroupie, sans montée / descente fréquentes d'escaliers, et permettant l'alternance des positions), étant relevé que le marché du travail offre un large éventail d'activités simples et répétitives légères (arrêt du Tribunal fédéral 9C 481/2017 du 1^{er} décembre 2017). 14. a. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, il convient en revanche d'admettre que l'abattement de 10 % opéré sur le revenu d'invalidé issu de l'ESS 2014 (TA 1, femme, niveau 1, pour 41,7 heures de travail par semaine, indexé à l'année 2015) est insuffisant, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante, de son âge et d'une activité à 50 % seule possible. En effet, la recourante présente des atteintes au niveau dorsal, par la présence d'importants troubles dégénératifs de la colonne lombaire, associés à des séquelles de maladie de Scheuermann et des troubles statique (expertise p. 15), des atteintes des pouces lors des mobilisations, par la présence d'arthrose ainsi qu'une atteinte au genou gauche, par la présence d'une arthrose et d'un syndrome fémoropatellaire (expertise p. 16). Ces atteintes limitent l'utilisation des deux mains (travaux de force de serrage et mouvements répétitifs des pouces) ainsi que certains mouvements ou position du bas du corps (position assise – debout – agenouillée – la marche au-delà d'un certain temps). Ainsi, les limitations fonctionnelles affectent tant les membres supérieurs qu'inférieurs de la recourante. A cela s'ajoutent les limitations fonctionnelles psychiatriques, soit une fragilité psychique et une diminution des ressources disponibles. Ces handicaps, combinés à l'âge de la recourante (54 ans en 2015, moment de l'exigibilité d'une activité lucrative), et à une activité partielle seule possible, justifient que l'abattement soit augmenté de 10 % à 20 % (à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C 690/2016 du 27 avril 2017). En revanche, le manque d'expérience de la recourante dans une nouvelle profession n'a pas à être pris en compte comme facteur d'abattement (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 8C 227/2017 du 17 mai 2018). Il en est de même de l'autorisation de séjour de la recourante, celle-ci étant titulaire d'un permis C. b. Le calcul du degré d'invalidité est le suivant, étant relevé que les revenus sans invalidité et avec invalidité (sous réserve de l'abattement) ne sont pas contestés par la recourante et peuvent être confirmés. L'année de référence est l'année 2015. Le revenu sans invalidité est de CHF 44'870.-. Quant au revenu d'invalidé, il convient de lui appliquer une déduction de 20 %, au lieu de 10 % (de sorte

qu'il est diminué de CHF 24'325.- à CHF 21'622.-), soit un degré d'invalidité de : CHF 44'870.- - CHF 21'622.-

51,8 %, arrondi à 52 %. CHF 44'870 Au vu de ce qui précède, la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1 er novembre 2013 au 28 février 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1 er mars 2016. 15. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1 er novembre 2013 au 28 février 2016 et à une demi-rente d'invalidité dès le 1 er mars 2016. 16. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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