

GE_GERICHTE A/2287/2016 vom 24. August 2017

GE Cour de justice, 2017-08-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2287_2016

FR: GE_GERICHTE A/2287/2016 du 24 août 2017

IT: GE_GERICHTE A/2287/2016 del 24 agosto 2017

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par l'Association pour la permanence de défense des patients et des assurés (APAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1958, a exercé la profession de nettoyeuse jusqu'au 20 octobre 2001. Le 11 novembre 2002, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI) en invoquant une hernie discale, des douleurs à la tête et des douleurs lombaires. Cette demande a été rejetée le 1^{er} novembre 2005, au motif que le degré d'invalidité, de 9%, était insuffisant. Cette décision a été rendue au terme d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport du docteur B _____, médecin généraliste, indiquant que sa patiente souffrait depuis 1991 de lombalgies chroniques invalidantes et d'une volumineuse hernie discale médiane et paramédiane bilatérale qui s'était exacerbée en 2001 ; s'y ajoutaient des migraines et une dépression nerveuse ; le médecin mentionnait aussi une gastrite, une cure du tunnel carpien bilatéral et une hypoacousie, sans répercussion sur la capacité de travail ; les douleurs lombaires constantes étaient exacerbées par les mouvements de flexion du tronc, ainsi que lors du port de charges lourdes ; - le rapport d'expertise rédigé le 8 juin 2004 par le docteur C _____, médecin-chef du Service de rhumatologie, de médecine physique et de réhabilitation de l'Hôpital de la Chaux-de-Fonds, retenant les diagnostics suivants : lombo-cruralgie droite non déficitaire chronique, hernie discale L4-L5 médiane, paramédiane bilatérale et foraminale droite, trouble de la statique du rachis et anomalie transitionnelle lombosacrée, surdité bilatérale appareillée, surcharge pondérale, status après cure d'un canal carpien bilatéral, possible tendance dépressive débutante et probable syndrome d'amplification des plaintes ; de l'anamnèse, il ressortait qu'en 2001, après une forte aggravation des lombalgies, un scanner avait mis en évidence une hernie discale ; les séances de physiothérapie et le traitement médicamenteux n'avaient permis que des améliorations transitoires, n'excédant pas deux à trois heures ; l'année suivante, un nouveau scanner avait montré une augmentation du volume de la hernie discale ; au moment de l'expertise, la patiente se plaignait de lombalgies en barres ; considérant les plaintes de l'assurée, l'ensemble des pathologies signalées et la présence d'une discopathie, mais également de signes d'exagération des plaintes, l'expert avait conclu à une incapacité de travail d'environ 20 % dans l'activité habituelle, celle-ci impliquant des mouvements de rotation du rachis ; en revanche, il a considéré que la capacité de travail était totalement préservée dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges (par ex. dans l'horlogerie, la petite mécanique ou la vente) ; en effet, sur le plan somatique, la mobilité du rachis était conservée et il n'y avait pas de signe d'irritation radiculaire ; au plan

psychique, l'expert disait suspecter une tendance dépressive débutante ; !endif>![if> - le rapport d'expertise du docteur D _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 11 avril 2005, ne relevant, d'un point de vue psychopathologique, que de très légers symptômes dépressifs occasionnels, insuffisants pour retenir une dysthymie ; l'expert n'avait finalement retenu qu'un trouble douloureux, associé à la fois à des facteurs psychologiques et à une affection médicale générale de gravité tout au plus légère, sans influence sur la capacité de travail. !endif>![if> 3. Le 13 mars 2007, l'assurée a déposé une seconde demande de prestations, également rejetée par l'OAI, le 26 septembre 2007, vu l'absence de modification déterminante de l'état de santé de l'assurée. Avaient notamment été versés au dossier : !endif>![if> - le rapport du docteur E _____, médecin généraliste, faisant état d'un état dépressif d'intensité moyenne, entraînant une incapacité de 50% dans toute activité depuis octobre 2001, et de surdité, entraînant une incapacité de 50% ; selon le médecin, l'état dépressif s'était aggravé à compter d'octobre 2006 et la surdité, à compter d'août 2006 ; cette dernière influait la capacité de travail du fait de difficultés de compréhension et d'une capacité d'apprentissage limitée du français et de nouvelles consignes de travail ; !endif>![if> - l'avis émis le 25 juin 2007 par le docteur F _____, du Service médical régional de l'AI (SMR), admettant que l'assurée, du fait de sa surdité, pourrait rencontrer des difficultés à trouver un poste de travail adapté et qu'il lui faudrait éviter les milieux bruyants, relevant par ailleurs que l'état dépressif moyen et le syndrome douloureux chronique évoqués par le Dr E _____ n'étaient étayés par aucun élément somatique objectif, que l'aggravation invoquée reposait essentiellement sur les plaintes de la patiente et que l'état de santé de celle-ci n'était pas notablement différent de celui qui prévalait en 2002-2005. !endif>![if> Cette décision a été confirmée par la Cour de justice en date du 28 novembre 2008. 4. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations d'invalidité le 13 août 2012, en produisant notamment : !endif>![if> - un rapport établi le 30 mai 2012 par la doctoresse G _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, indiquant que les douleurs généralisées, attribuées jusqu'alors à une fibromyalgie, semblaient plutôt résulter de polyarthralgies inflammatoires d'origine indéterminée ; un séjour hospitalier en vue d'exams complémentaires était préconisé ; !endif>![if> - un rapport du Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) concluant, à l'issue d'une hospitalisation du 7 au 27 juin 2012, à une polyarthrite séronégative, à une tendinopathie bilatérale de la coiffe des rotateurs et à une anémie hypochrome ; !endif>![if> - un rapport du 15 septembre 2012 du Dr E _____, retenant les diagnostics de surdité appareillée (2006) évoluant depuis l'enfance, de troubles de l'équilibre, d'état dépressif chronique modéré avec idées suicidaires (2006) et de stress émotionnel persistant ; le médecin expliquait que, depuis qu'elle avait cessé de travailler en 2001, sa patiente souffrait d'un état dépressif, relativement bien contrôlé par les antidépresseurs et un soutien psychologique ; elle était également atteinte de surdité, de troubles de l'équilibre et d'une polyarthralgie inflammatoire ; elle se plaignait de douleurs du rachis et des articulations, de céphalées et faisait état d'idées de mort en lien avec son impasse socio-professionnelle ; son trouble auditif et sa santé psychique se péjoraient, contrairement à ses douleurs rachidiennes et articulaires, légèrement diminuées grâce à un traitement ; le médecin estimait la capacité de travail de sa patiente à 0% dans toute activité ; compte tenu de son déconditionnement professionnel et de son faible niveau de formation, une réinsertion professionnelle ne paraissait pas envisageable. !endif>![if> 5. Mandatés pour une expertise, les docteurs H _____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, I _____, spécialiste FMH en

psychiatrie et psychothérapie, J_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine générale, et K_____, spécialiste en médecine interne, de la Policlinique médicale universitaire de Lausanne (PMU), ont rendu leur rapport en date du 9 juin 2015. Ils ont retenu à titre de diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail : une polyarthrite rhumatoïde et un déficit vestibulaire bilatéral sévère, globalement compensé. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble somatoforme douloureux, des cervico-lombalgies chroniques non spécifiques et une surdité de perception bilatérale évolutive, appareillée depuis 1994. Sur le plan otoneurologique, l'examen montrait un déficit cochléovestibulaire bilatéral sévère induisant vertiges et troubles de l'équilibre lors de mouvements brusques de la tête et du corps, que, jusqu'à alors, l'assurée n'avait pas jugés handicapants. Toutefois, dans la perspective d'une réinsertion professionnelle, une activité légère et sédentaire paraissait préférable. Il convenait également d'éviter les travaux en hauteur, ainsi que ceux nécessitant de nombreux changements de positions ou des mouvements répétés de la tête. La surdité bilatérale, de degré sévère à profond selon l'audiogramme, ne se répercutait pas sur la capacité de travail s'agissant d'une activité de nettoyeuse. En effet, grâce à ses prothèses, l'assurée disposait d'une bonne compréhension verbale dans le silence, avec support de lecture labiale si nécessaire. Sur le plan rhumatologique, une polyarthrite rhumatoïde avait été diagnostiquée en 2012, mais elle était désormais sous contrôle et le syndrome inflammatoire avait disparu. Enfin, sous l'angle psychiatrique, un diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant était retenu en lien avec des douleurs articulaires et rachidiennes chroniques, des céphalées et une asthénie, que l'arthrite inflammatoire ne permettait pas entièrement d'expliquer. L'assurée présentait par ailleurs un état dépressif, qui avait atteint son paroxysme en 2006 (sévérité moyenne) et dont on pouvait considérer qu'il faisait partie du trouble somatoforme douloureux. L'expert ne retenait ni comorbidité psychiatrique, ni état psychique cristallisé, ni échec des traitements, les douleurs répondant partiellement au traitement instauré en 2012. L'assurée, qui n'avait des contacts qu'avec son fils, paraissait relativement isolée, mais cela semblait découler en partie de sa surdité et de ses mauvaises connaissances du français. En conclusion, les experts ont retenu une capacité de travail de 0% depuis mai 2012 dans la profession de technicienne de surface, mais de 60% dans toute activité exercée à l'intérieur et permettant d'éviter le port de charges supérieures à 5 kg, l'utilisation continue des mains, les travaux de force ou en hauteur, les fréquents changements de positions, les rotations répétées de la tête, ainsi que les mouvements d'abduction et d'élévation des épaules au-dessus de l'horizontale. 6. Dans un rapport du 20 juillet 2015, le docteur L_____, psychiatre, a précisé qu'en raison de sa surdité, il était très difficile pour l'assurée de suivre une conversation, notamment en présence de plusieurs personnes, ce qui l'avait entravée lors de cours de français. Par ailleurs, si l'assurée avait retrouvé une certaine volonté, celle-ci n'était pas toujours suivie d'actes concrets en raison de douleurs persistantes la « terrassant » régulièrement. L'assurée avait été récemment affectée par la mort de sa mère, sans que cela ne conduise à une grave péjoration de ses symptômes dépressifs. 7. Le 4 août 2015, le SMR s'est rallié aux conclusions de la PMU. 8. Dans une note du 2 mars 2016, le gestionnaire de l'AI a considéré qu'un statut d'active à 100% devait être reconnu à l'assurée depuis 2007. 9. Le 2 mars 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation. 10. Le 4 avril 2016, l'assurée s'y est opposée. Elle a contesté le taux d'activité de 60% sur la base duquel son revenu sans invalidité avait été fixé, arguant

qu'il ne correspondait pas au statut d'active à 100% que l'OAI lui avait reconnu. Elle a également critiqué l'abattement appliqué au revenu d'invalidité. 11. Par décision formelle du 9 juin 2016, l'OAI a accordé à l'assurée un quart de rente d'invalidité. Le degré d'invalidité a été fixé à 49%, par comparaison du revenu qu'aurait réalisé l'intéressée en bonne santé en travaillant à 100%, à celui qu'elle restait capable de réaliser en travaillant à 60%, après un abattement de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et de son âge. 12. Par acte du 4 juillet 2016, l'assurée a saisi la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de cette décision et à l'octroi de prestations d'invalidité. La recourante conteste la capacité de travail de 60% retenue dans une activité adaptée. Par ailleurs, elle demande qu'une réduction de 25% soit appliquée au revenu d'invalidité, pour tenir compte non seulement de ses limitations fonctionnelles et de son âge mais également de sa surdité, du fait qu'elle est éloignée du marché du travail depuis quinze ans, de son taux d'occupation partielle, de son manque de formation et de ses faibles connaissances de la langue française. 13. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 août 2016, a conclu au rejet du recours. Selon lui, l'expertise de la PMU est probante et il convient de s'en tenir à la capacité de travail de 60% à laquelle elle conclut. Pour le reste, l'intimé estime ne pas avoir abusé de son pouvoir d'appréciation en retenant un abattement limité à 15%, car seuls les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles lui paraissent pertinents en l'espèce, à l'exclusion du manque de formation et des faibles connaissances linguistiques, dont il fait remarquer qu'ils constituent des facteurs étrangers à l'invalidité. Il relève qu'un abattement maximal de 25% ne se justifie que dans des situations exceptionnelles, auxquelles on ne saurait assimiler celle de l'assurée. 14. La recourante a répliqué le 27 septembre 2016, en produisant un rapport de la Dresse G _____ daté du 23 juin 2016. Cette praticienne confirme les diagnostics de polyarthrite rhumatoïde séronégative, de lombalgies chroniques et d'omalgies bilatérales sur tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Par ailleurs, elle conteste les conclusions de la PMU, la capacité de travail lui paraissant limitée à 50%, et le rendement, diminué par l'état dépressif. 15. Une audience d'enquêtes et de comparution personnelle s'est tenue le 10 novembre 2016. La recourante a indiqué qu'elle conteste principalement le taux d'abattement retenu par l'intimé, compte tenu des omalgies et du manque de ressources attestés par ses médecins. Elle a également souligné que sa surdité réduit sensiblement sa capacité de travail dans une activité adaptée. Entendu en qualité de témoin, le docteur O, médecin traitant de l'assurée depuis août 2013, a qualifié le rapport d'expertise de la PMU de « fouillé et détaillé » et indiqué en partager totalement les conclusions quant aux atteintes retenues. En revanche, selon lui, la capacité de travail telle qu'évaluée est trop optimiste : les limitations fonctionnelles lui semblent plus importantes que celles évoquées par les experts ; au vu des plaintes importantes et multiples de sa patiente, il lui paraît que sa capacité de travail est bien plus réduite que cela. Le témoin a ajouté ne pas contester l'existence d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée, dont il a indiqué qu'il lui était difficile de la chiffrer. Il a néanmoins insisté pour le faire en replaçant l'assurée dans son contexte et en tenant compte de son âge, de son défaut de formation, de ses difficultés linguistiques, de la surdité très importante dont elle est atteinte et du fait que ses douleurs multiples l'entravent dans pas mal d'activités. S'ajoute une difficulté supplémentaire : la variabilité de l'état de sa patiente. Le témoin a indiqué avoir du mal à imaginer un employeur acceptant une personne totalement ou partiellement incapable de travailler un jour, puis allant mieux le lendemain. Enfin, il a rappelé que l'assurée n'a plus

travaillé depuis quinze ans et qu'elle rencontre des difficultés de communication dues non seulement à la langue, mais également à ses problèmes de surdité. Lorsqu'elle vient le voir en consultation, il doit jongler entre le français et l'espagnol et parler plus fort qu'avec d'autres patients. Entendue à son tour, la Dresse G _____, qui suit la recourante depuis 2012, a indiqué ne pas partager toutes les conclusions de l'expertise : les diagnostics retenus sont justes, en revanche, elle n'est pas d'accord avec le fait que les dorsolombalgies chroniques sont sans influence sur la capacité de travail et conteste par ailleurs la chronologie des diagnostics : pour le témoin, les douleurs articulaires sont très clairement liées à une polyarthrite rhumatoïde qui remonte au moins à 2001. Elle en veut pour preuve le fait que lorsqu'a été mis en place un traitement pour cette polyarthrite, les douleurs ont régressé. Selon le témoin, les experts n'ont pas non plus tenu assez compte de l'aspect inflammatoire : chez 30% des patients souffrant de ce type d'atteinte, se développent des douleurs généralisées de type fibromyalgie, de sorte qu'il est difficile de faire la part entre les deux aspects. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit chez l'assurée, qui souffre à l'heure actuelle de douleurs généralisées. Quant aux limitations fonctionnelles évoquées, le témoin les a jugées correctes. De manière générale, le médecin a estimé que, compte tenu du fait que ces douleurs dorsales, si elles comportent certes une composante somatoforme, ont aussi des origines multiples somatiques et objectives, il paraît impossible de conclure, comme le font les experts, que les caractéristiques de gravité énoncées par la jurisprudence ne sont pas remplies. À son sens, il y a eu échec de tous les traitements mis sur pied, qu'ils aient été médicamenteux ou physiothérapeutiques. L'état psychique de l'assurée s'est cristallisé autour de ses problèmes dorsaux et l'on ne peut espérer d'évolution favorable. S'agissant des omalgies évoquées dans son certificat du 23 juin 2016, le témoin a précisé qu'en 2012, a été mise en évidence une tendinopathie bilatérale dégénérative et une déchirure tendineuse à droite, ayant pour conséquence une impossibilité de faire des activités avec le bras en abduction. Selon le témoin, une activité adaptée devrait notamment comporter la possibilité d'alterner les positions. Selon le médecin, d'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité résiduelle de travail ne dépasse pas 50%. Par ailleurs, si l'on tient compte du fait que l'assurée souffre également d'une hypoacousie sévère et de problèmes psychiques récurrents, la capacité de travail est nulle, car l'assurée n'a pas les ressources psychologiques pour faire face. 16. Par écriture du 28 novembre 2016, l'intimé s'est référé à un nouvel avis émanant de la doctoresse N _____, médecin au SMR. [endif]> [if> Cette dernière argue que la Dresse G _____ ne motive pas son appréciation divergente de la capacité de travail, pas plus qu'elle ne tient compte de la composante subjective des douleurs liées au trouble somatoforme. S'agissant des lombalgies, le SMR considère qu'elles sont sans gravité et ne peuvent être corrélées à une atteinte structurelle. Quant aux omalgies, elles ont été discutées par l'expert rhumatologue, qui a tenu compte des limitations fonctionnelles des mains et des épaules. Quant au Dr O _____, le SMR relève qu'il ne conteste pas les diagnostics retenus, ni l'existence d'une capacité résiduelle de travail et qu'il se limite pour l'essentiel à mettre en évidence des circonstances subjectives ou étrangères à l'invalidité. S'agissant de la surdité, le SMR observe que les prothèses permettent une bonne compréhension verbale dans le silence, selon l'expertise. Le trouble otologique ne devrait donc pas empêcher l'assurée de travailler dans un environnement silencieux, sans interactions verbales régulières, ni travaux en hauteur, ni mouvements brusques de la tête. Se ralliant à l'appréciation du SMR, l'intimé fait valoir que le taux d'abattement de 15% tient compte de la situation concrète et des critères jurisprudentiels. Il persiste dans ses conclusions en rejet du recours. 17. Par

écritures du 16 janvier 2017, la recourante a également persisté dans ses conclusions. Elle fait remarquer que les experts ont omis d'évaluer les répercussions de sa surdité sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Par ailleurs, elle reproche à l'intimé d'avoir fixé le taux d'abattement à 15% sans tenir compte de cette surdité, et alors même que les experts ont omis d'en examiner les effets sur une activité adaptée. Elle ajoute que le salaire statistique d'invalidé retenu par l'OAI recouvre des activités qui ne s'exercent pas toutes dans un environnement silencieux. Enfin, elle rappelle qu'elle est sans formation, qu'elle a dû cesser de travailler en 2001 et qu'elle était âgée de 57 ans lorsque la décision litigieuse a été rendue. Elle en tire la conclusion qu'un abattement de 25% est justifié. 18. Cette écriture transmise à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

4. Le litige porte sur le taux de la rente d'invalidité à accorder à l'assurée, singulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail.

5. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (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 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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).

7. 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). b. 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). c. 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). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé - par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques - soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalide par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V consid. 4.1). Ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 , consid. 4.4). d. Quant au revenu d'invalide, 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'invalide 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. e. Il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb p. 323). 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).

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 qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

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 LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b). 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). 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). 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. À 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 ; 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_751/2010 du 20 juin 2011 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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. En l'espèce, la décision attaquée retient, sur la base de l'expertise de la PMU, que l'assurée dispose d'une capacité de travail nulle depuis le 1 er mai 2012 dans son activité antérieure de nettoyeuse, mais de 60% dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. La recourante conteste cette évaluation, en se prévalant des conclusions de ses médecins : le Dr O _____ atteste d'une capacité de travail inférieure à celle retenue par les experts, tout en précisant qu'il lui est difficile de la chiffrer. La Dresse G _____ l'évalue à 50% sur le plan strictement rhumatologique et à 0% en tenant compte des aspects psychiatriques et otologiques du dossier. 11. a. La Chambre de céans constate que l'expertise de la PMU est fondée sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée et sur des examens rhumatologiques, psychiatriques et otoneurologiques complets. Ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. On peut certes regretter que l'expert ORL - qui ne s'est prononcé qu'au regard de l'activité de nettoyeuse - n'ait pas discuté des éventuelles répercussions de la surdité sur l'exercice d'une activité adaptée, mais cet élément ne saurait à lui seul remettre en cause les conclusions communes et motivées des experts, dont il ressort une capacité de travail globale de 60% dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles. b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle de la PMU, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Encore faut-il faire état d'éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - ayant été ignorés dans le cadre de cette évaluation et suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de ses conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). c. En l'occurrence, bien que les Drs O _____ et G _____ aient émis des appréciations divergentes de la capacité de travail, ils n'ont pas mis en évidence d'éléments essentiels et objectivement vérifiables qui n'auraient déjà été pris en compte par les experts. Le Dr O _____ a justifié ses conclusions en se référant notamment à des facteurs étrangers à l'invalidité - défaut de formation et difficultés linguistiques -, de sorte que son opinion ne saurait prévaloir sur

celle de la PMU. Il en va de même de l'avis du Dresse G _____, car si cette praticienne a conclu à une totale incapacité de travail, c'est principalement en raison des aspects psychiques et otoneurologiques du dossier, qui excèdent son domaine de spécialisation. Pour le reste, on ne décèle pas de divergence notable entre le point de vue des experts et celui des médecins de la recourante, lesquels ont tous deux confirmés les diagnostics de la PMU. Enfin, il paraît utile de rappeler que la Dresse G _____ s'est ralliée aux limitations fonctionnelles énoncées par les experts. d. Faute d'élément propre à mettre en doute les conclusions de la PMU, la Chambre de céans retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée dispose, depuis le 1^{er} mai 2012, d'une capacité de travail de 0% dans sa profession antérieure de nettoyeuse, mais de 60% dans toute activité respectant les limitations énumérées par les experts. 12. À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité.!

a. Le revenu sans invalidité de CHF 51'441.- retenu par l'intimé n'est pas contesté. Toutefois, dans la mesure où le droit à la rente naît à l'issue du délai de carence d'un an - qui échoit en l'espèce le 1^{er} mai 2013 - il convient d'adapter ce montant à l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2013, année déterminante pour la comparaison des gains. Ce faisant, on obtient un revenu sans invalidité de CHF 51'793.- en 2013 (ISS en 2012 : 2'630 et en 2013 : 2648).

b. Lorsqu'un assuré n'a pas repris d'activité professionnelle, comme c'est le cas en l'occurrence, son revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de l'enquête sur la structure des salaires établie par l'Office fédéral de la statistique (ESS). En l'espèce, le salaire de référence est celui d'une femme effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, soit CHF 49'344.- par an (ESS 2012, tableau TA1, ligne total, niveau de compétence 1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, inférieur à la moyenne usuelle dans les entreprises de 41,7 heures en 2013 (Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être augmenté à CHF 51'441.- (CHF 49'344.- x 41.7 : 40), puis à CHF 51'793.- afin de tenir compte de l'évolution des salaires nominaux jusqu'en 2013. Rapporté au taux d'activité exigible de 60%, il s'élève à CHF 31'076.-.

c. Reste à examiner si le facteur de réduction appliqué au revenu d'invalidité statistique est correct. L'intimé l'a fixé à 15% compte tenu des limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Cette dernière lui reproche d'avoir omis plusieurs critères supplémentaires, tels son éloignement du marché du travail, sa surdité et son manque de formation. Elle en tire la conclusion que le taux d'abattement doit être augmenté à 25%. En l'occurrence, c'est à juste titre que l'intimé a retenu les critères de l'âge et des limitations fonctionnelles, dès lors que la recourante était âgée de 57 ans au jour de la décision litigieuse et que ne lui sont désormais accessibles, selon l'expertise (p. 22), que des professions exercées à l'intérieur et n'impliquant ni port de charges supérieures à 5 kg, ni utilisation continue des mains, ni travaux de force, en hauteur ou nécessitant de fréquents changements de position, ni rotations répétées de la tête, ni mouvements d'abduction et d'élévation des épaules au-dessus de l'horizontale. Cela étant, force est de constater que l'intimé a omis de tenir compte des effets, sur les perspectives salariales de la recourante, de son absence prolongée du marché du travail depuis 2001, liée à ses problèmes de santé. Or, cumulé aux critères admis par l'administration, cet éloignement est de nature à désavantager sensiblement l'intéressée au moment d'un éventuel engagement. À cela s'ajoute qu'elle souffre d'une surdité sévère (perte auditive de 96,4%), qui n'est que partiellement compensée par ses prothèses et dont les experts n'ont pas discuté les effets sur la capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'en demeure pas moins que cette surdité paraît propre à limiter les perspectives de réinsertion et de gain de

l'assurée par rapport aux autres travailleurs. De toute évidence, seules des concessions salariales importantes lui permettront de compenser cet état de fait de manière à être compétitive sur le marché du travail, de sorte qu'une déduction de 20% au moins s'impose au vu de l'ensemble des circonstances. Partant, le revenu d'invalidité ne saurait excéder CHF 24'860.- (80% x CHF 31'076.-). d. La comparaison des revenus déterminants conduit à un degré d'invalidité de 52 % ($(\text{CHF } 51'793.00 - 24'860) / \text{CHF } 51'793.00$) ouvrant droit à une demi-rente. 13. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée. Il est dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité dès mai 2013. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03). Enfin, la procédure étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- sera mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). **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.