

GE_GERICHTE A/254/2011 vom 26. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_254_2011

FR: GE_GERICHTE A/254/2011 du 26 juin 2012

IT: GE_GERICHTE A/254/2011 del 26 giugno 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 26.06.2012
A/254/2011

A/254/2011 ATAS/857/2012 du 26.06.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/254/2011
ATAS/857/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 26 juin
2012 1 ère Chambre En la cause Madame P _____, domiciliée à Meyrin, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Monique STOLLER FÜLLEMANN
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame P _____ (ci-après
: l'assurée ou la recourante), née en 1967, était employée de service pour la société
X _____. À partir du 10 octobre 2002, l'assurée a été mise en arrêt de travail, en
raison de douleurs au niveau de la nuque, des épaules, dans le dos, aux hanches, etc. Une
cervico-brachialgie, une fibromyalgie et des maux de tête ont été constatés par son médecin
traitant, le Dr L _____. Le 9 octobre 2003, l'assurée a présenté une demande de
prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une fibromyalgie. Dans un rapport du
12 octobre 2003, le Dr L _____ a diagnostiqué une poussée de fibromyalgie et des
cervicobrachialgies. Il a observé chez sa patiente des améliorations fugaces suivies de
péjorations qui l'empêchaient de reprendre le travail. Dans un rapport du 6 décembre 2003,
le Dr L _____ a encore diagnostiqué, en sus de la fibromyalgie et des
cervico-brachialgies, un état dépressif. Il a expliqué que sa patiente souffrait notamment de
douleurs débutant dans la nuque et qui irradiaient dans les deux bras et les mains. Elle
ressentait également des douleurs dans le bas du dos qui irradiaient les fesses et souffrait de
très fortes céphalées. Selon l'assurée, les douleurs dans les membres supérieurs avaient une
recrudescence nocturne et elle notait une faiblesse et une maladresse de préhension ainsi
que des paresthésies. Le praticien a expliqué que sa patiente avait également été examinée
par la Dresse GRAU, neurologue, qui avait confirmé que l'assurée souffrait d'épicondralgies
s'inscrivant dans le cadre de la fibromyalgie et de cervico-brachialgies. L'ensemble de ses
affections - physiques et psychiatriques - l'empêchaient d'exercer une quelconque activité.
Une IRM cervicale du 14 janvier 2005 a démontré des troubles statiques de la colonne
dorsale avec déformation cyphotique au niveau C5-C6 associée à une discopathie C5-C6 et
C6-C7 diminuant la largeur du canal cervical vers la limite inférieure de la norme. Le 20
mai 2005, l'assurée s'est soumise à un examen clinique bidisciplinaire en psychiatrie et
rhumatologie. Les experts ont diagnostiqué des cervicalgies sur troubles statiques et
dégénératifs du rachis et une épicondylite gauche, avec répercussion sur la capacité de
travail et un syndrome douloureux de type fibromyalgie, sans répercussion sur la capacité
de travail. Les atteintes somatiques engendraient les limitations fonctionnelles suivantes:
nécessité de pouvoir alterner 2x/jour les positions assise et debout, pas de soulèvement

régulier de charges excédant 8 kg, pas de port régulier de charges excédant 15 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail imposant le déploiement de force répétitive avec le membre supérieur gauche. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique n'avait pas démontré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, de perturbation de l'environnement psychosocial, de syndrome douloureux somatoforme persistant ni de limitation fonctionnelle psychiatrique. Le diagnostic d'état dépressif dans le cadre d'une fibromyalgie n'était pas objectivé à l'examen. Il était ainsi seulement possible que l'assurée ait développé une symptomatologie dépressive ou simplement une humeur dépressive réactionnelle, sans incidence sur sa capacité de travail toutefois et en rémission complète. Sur la base des observations rhumatologiques, la capacité de travail de l'assurée était donc estimée à 85% dans son activité habituelle d'employée chez X_____. Par contre, dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires, la capacité de travail était entière depuis octobre 2002. Dans un rapport du 15 juin 2005, le Service médical régional (SMR) s'est référé à cet examen clinique du 20 mai 2005 pour conclure que l'assurée présentait une capacité de travail de 85% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles somatiques. Sur le plan psychiatrique par contre, elle ne présentait pas de limitations fonctionnelles. Le 25 mai 2005, l'assurée s'est soumise à une nouvelle IRM laissant apparaître une discopathie avec atteinte dégénérative osseuse des plateaux vertébraux au niveau D9-D10, sans répercussion sur le canal rachidien. Il y avait également une très discrète rectitude de la colonne dorsale inférieure. Pour tout le reste, l'examen était dans la limite de la norme et ne révélait pas de pathologie franche, pas d'élément pour un ostéome ostéoïde, une atteinte malformative ou une infection. Par décision du 20 septembre 2005, l'OAI a refusé de verser une rente d'invalidité en faveur de l'assurée, considérant qu'elle ne présentait pas d'atteinte psychiatrique et que, malgré ses affections somatiques, elle avait une capacité de travail exigible d'au moins 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Le 29 septembre 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision alléguant qu'en plus de sa maladie, elle souffrait d'un état dépressif, confirmé par son psychiatre traitant. L'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana, du 24 octobre au 6 novembre 2007. Dans leur rapport du 15 novembre 2007, le Dr M_____, chef de clinique, et la Dresse S_____, spécialiste en médecine interne, ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère avec somatisations, un trouble somatoforme douloureux et un tabagisme chronique. Ils ont relevé une détresse psychologique importante chez l'assurée, avec questionnement sur le sens de sa vie. Elle s'était beaucoup exprimée notamment par rapport à la cascade d'événements survenus après la naissance de son deuxième enfant, six ans plus tôt (apparition d'une fibromyalgie, difficultés de couple, difficultés à assumer son rôle de femme et de mère). Au cours de son séjour, la thymie s'était améliorée progressivement, les idées suicidaires avaient complètement disparu et les angoisses avaient diminué. S'agissant du trouble somatoforme, l'assurée disait avoir appris à vivre avec ses douleurs. Elle avait fait le lien entre ses plaintes douloureuses et sa thymie. Lesdites plaintes étaient cotées à 1/10 en fin de séjour, contre 7/10 en début de séjour. Une imagerie médicale du 6 février 2008 a révélé une hernie discale foraminale L5-S1, de 5 mm d'épaisseur, en contact discret avec la racine L5 ainsi qu'une ébauche de spondylose lombaire antérieure étagée. Le 15 août 2008, l'OAI a rendu une décision sur opposition, confirmant que l'assurée présentait une capacité de travail exigible d'au moins 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, de sorte qu'elle n'avait pas droit

aux prestations de l'assurance-invalidité. Cette décision est entrée en force, faute de recours dans le délai légal imparti. Le 10 février 2009, l'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations, en raison d'une aggravation de son état de santé. Elle a produit un rapport du Dr N _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales et en médecine interne, du 10 décembre 2008, selon lequel l'examen psychologique restait préoccupant, la patiente pleurant durant l'examen. À son sens, le problème restait essentiellement psychiatrique. Par courrier du 1^{er} mars 2009, le Dr L _____ a signalé que sa patiente souffrait de différentes affections qui s'étaient péjorées depuis quelques mois. Ses cervicalgies étaient devenues des douleurs chroniques sourdes et fluctuantes qui irradiaient de l'occiput aux épaules et aux membres supérieurs. Ses douleurs chroniques au dos sous forme de lombo-sciatalgies gauches étaient expliquées en partie par l'IRM du 6 février 2008. Cet examen laissait en effet apparaître une petite hernie discale foraminale L5-S1 en contact avec la racine L5 gauche dans son trajet foraminal. Sa patiente souffrait également d'un syndrome du tunnel carpien débutant à gauche et d'un état anxio-dépressif grave avec verbalisation d'idées suicidaires. Dans son avis du 3 mars 2009, le SMR a considéré que, sur le plan somatique, il n'y avait pas d'aggravation objective de l'état de santé de l'assurée. Par contre, il y avait une aggravation plausible de l'état de santé psychiatrique, le médecin-traitant de l'intéressée ayant évoqué un état dépressif sévère. Il s'agissait dès lors d'instruire l'aspect psychiatrique, avant de se prononcer sur son droit éventuel à une rente d'invalidité. Dans un rapport du 22 mars 2009, le Dr L _____ a rappelé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Il a diagnostiqué une hernie discale L5-S1 à gauche, un état dépressif avec des idées suicidaires depuis septembre 2008. Il a rappelé que les cervicalgies étaient devenues des douleurs chroniques sourdes et fluctuantes qui irradiaient de l'occiput aux membres supérieurs et que la hernie discale L5-S1 gauche expliquait la lombosciatalgie gauche. Il a considéré qu'en raison de ses affections, l'assurée se trouvait dans l'incapacité totale de reprendre une quelconque activité. Le 30 mars 2009, le Dr O _____, psychiatre traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble panique depuis 2001, "sans effet sur la capacité de travail". Il a relevé que sa patiente était triste, fatiguée, démotivée, qu'elle pleurait beaucoup, avait perdu espoir et verbalisait des idées noires. Il a par ailleurs indiqué que sa patiente se trouvait dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle depuis 2001, en raison de ses affections. Dans un avis du 14 août 2009, le SMR a estimé que des renseignements complémentaires étaient souhaités en sus des rapports des médecins traitants, pour déterminer si l'état de santé de l'intéressée s'était effectivement aggravé. Dans son rapport du 7 septembre 2009, le Dr N _____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué des lombalgies chroniques et un état dépressif sévère. Au titre des limitations fonctionnelles, il a estimé que l'assurée ne pouvait pas soulever ou porter des charges et a noté que le problème restait essentiellement psychiatrique. Dans un rapport du 15 septembre 2009, le Dr P _____, spécialiste FMH en maladie des poumons, a mentionné que l'assurée avait une anamnèse très évocatrice d'un syndrome des jambes sans repos, non réellement confirmé et sans répercussion sur la capacité de travail. Un traitement par Sifrol avait apporté une amélioration notable chez la patiente. Le 12 mai 2010, l'OAI a mis en œuvre un examen bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique. Sur le plan ostéoarticulaire, les diagnostics de cervico-brachialgies bilatérales sur trouble statique, discopathies C5-C6 et C6-C7 avec légères dysbalances musculaires dégénératives, épicondylite bilatérale, dorso-lombalgies dans le contexte d'un trouble statique et dégénératif, d'une hernie discale foraminale avec répercussion sur la capacité de travail ont été posés. Au niveau cervical, les

rotations actives étaient un peu diminuées, par contre, les inclinaisons latérales étaient meilleures. La mobilité dorso-lombaire était identique. La situation ostéo-articulaire était dès lors globalement inchangée, ce qu'affirmait également l'assurée. Il n'y avait par conséquent pas de raison de s'écarter des conclusions de 2005 fixant la capacité de travail à 85% dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, le diagnostic de fibromyalgie était posé, sans répercussion toutefois sur la capacité de travail. À l'examen, il n'y avait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur était euthymique. L'assurée ne présentait pas d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution. Sur le plan anxieux, elle ne présentait pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de claustrophobie. Il n'y avait pas non plus de symptômes de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. Ses capacités de raisonnement et de jugement correspondaient à une intelligence dans les limites de la norme. Il n'y avait pas de troubles de la personnalité morbide. L'assurée avait tendance à amplifier ses plaintes somatiques sans aucun signe de souffrance et sans comportement antalgique. Il n'y avait pas non plus de signes cliniques en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En comparant le status clinique de mai 2005 avec celui d'aujourd'hui, on notait uniquement une prise de poids. Le 30 août 2010, le SMR a conclu qu'il n'existait pas de signes irritatifs et/ou compressifs de l'atteinte ostéoarticulaire au niveau de la colonne dorso-lombaire ni de retentissement de la discopathie C5-C6 et C6-C7. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assurée devait éviter les mouvements répétitifs avec les coudes, les positions prolongées assise et debout, les mouvements répétitifs en rotation-flexion du tronc et en porte-à-faux ainsi que le port fréquent de charges de plus de 10 kg. Sur le plan psychiatrique, l'état dépressif réactionnel de gravité moyenne, marqué par un questionnement d'ordre existentiel, était sans aggravation de longue durée et donc non incapacitant quelle que soit l'activité. Le syndrome douloureux pris en compte ne faisait pas retenir le diagnostic de fibromyalgie et ne s'accompagnait d'aucune comorbidité psychiatrique. L'état de santé de l'assurée était dès lors jugé stationnaire et superposable à celui de 2005 tant sur le plan ostéo-articulaire que sur le plan psychologique. Par projet de décision du 22 octobre 2010, l'OAI a nié le droit de l'assurée à toute prestation, se basant sur les résultats de l'examen bidisciplinaire du 12 mai 2010. Le 18 novembre 2010, l'assurée a indiqué qu'elle entendait faire opposition à ce projet de décision. Son état de santé s'aggravait chaque jour. Elle souffrait notamment de douleurs musculaires et articulaires, de pertes de mémoire, d'absences et de jambes sans repos. Elle a joint à son courrier une IRM cervicale pratiquée le 27 septembre 2010, mettant en évidence une discopathie C5-C6 et C6-C7 avec saillie disco-ostéophytaires à ces deux niveaux, en position médiane et paramédiane, engendrant un rétrécissement à 9,6 et 9,5 mm du canal rachidien et un rétrécissement modéré des trous de conjugaison à ces deux niveaux, un peu plus marqué à droite. Dans un avis du 6 décembre 2010, le SMR a relevé que les résultats du compte-rendu d'IRM cervicale du 27 septembre 2010 s'avéraient superposables à ceux du 17 janvier 2005. Il a par ailleurs relevé que l'IRM était un examen complémentaire et qu'il ne suffisait pas à lui seul à poser un diagnostic, ni à retenir une aggravation de l'état de santé. En conséquence, la capacité de travail exigible depuis octobre 2002 était toujours de 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Le 15 décembre 2010, l'OAI a rendu une décision refusant toute prestation en faveur de l'assurée, confirmant ainsi son projet de décision du 22 octobre 2010. Il a considéré qu'il ressortait des résultats de

l'examen bidisciplinaire du 12 mai 2010 que l'assurée présentait depuis octobre 2002 une capacité de travail exigible de 85% dans son activité habituelle d'employée de service et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le 28 janvier 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation, à l'octroi d'une rente d'invalidité et à une indemnité pour les frais engendrés par le recours. Elle a allégué que son état de santé s'était aggravé et qu'elle était dans l'attente de rapports médicaux complémentaires. Dans une attestation reçue le 9 février 2011, le Dr O_____ a indiqué s'être trompé dans son rapport du 30 mars 2009 à l'OAI, en mentionnant les diagnostics sous la rubrique "sans effet sur la capacité de travail", alors que lesdits diagnostics plaçaient sa patiente dans l'impossibilité totale de reprendre une activité lucrative. Dans son complément d'écriture du 30 mars 2011, la recourante a relevé qu'à l'issue de l'examen bidisciplinaire du 20 mai 2005, le SMR avait estimé qu'elle présentait une capacité de travail de 85% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ostéoarticulaires. À ce sujet, la recourante a expliqué que, contrairement à ce qu'avait retenu le SMR en 2005, d'un point de vue psychiatrique, elle n'était pas du tout en rémission puisqu'en 2007, elle avait été hospitalisée en raison du trouble dépressif récurrent, d'intensité moyenne à sévère, qu'elle présentait. Si le Dr O_____ avait, dans son rapport du 30 mars 2009, indiqué que le trouble dépressif récurrent et le trouble panique dont elle souffrait depuis 2001 était sans effet sur sa capacité de travail, il avait, dans un nouveau rapport, confirmé qu'il s'était trompé lors de la rédaction de son appréciation à l'OAI. Le SMR c'était donc, à tort, fondé sur les réponses du Dr O_____, pour conclure que ses affections n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail. Quoiqu'il en soit, son état de santé psychologique c'était fortement aggravé depuis lors, en raison notamment du conflit conjugal et des difficultés avec son enfant qui devait lui-même être suivi par un psychologue. La recourante expliquait par ailleurs qu'elle avait plusieurs fois songé à en finir. L'importance de son atteinte psychiatrique avait donc indéniablement été sous-estimée, de sorte qu'elle sollicitait l'audition de son psychiatre, pour déterminer les conséquences de ses pathologies sur sa capacité de travail. Le 28 avril 2011, l'intimé a fait part de sa réponse. Il a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Il a souligné que, malgré l'erreur du Dr O_____, le SMR avait seulement cité ce praticien, fondant ses conclusions sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique du 12 mai 2010 qui revêtait pleine valeur probante. Les éléments apportés au dossier ne permettaient d'ailleurs pas de faire une appréciation différente du cas. Le Dr O_____ a été entendu lors de l'audience de la Chambre des assurances sociales (ci.-après : la Cour de céans), le 18 octobre 2011. Il a déclaré qu'il était le psychiatre traitant de la recourante depuis le 6 octobre 2008. Il avait d'emblée diagnostiqué une symptomatologie dépressive, un trouble anxieux, plus précisément un trouble panique. Le médecin traitant lui avait prescrit un traitement d'antidépresseurs pour traiter le trouble panique, mais ce traitement était insuffisant. Un nouveau traitement avait finalement été trouvé et avait donné entière satisfaction jusqu'au printemps 2009. À cette époque, des effets indésirables du traitement se sont manifestés, à savoir les jambes sans repos, lésions de grattage associées à une trichotillomanie. Un nouveau traitement pour l'anxiété avait été mis en place mais une nouvelle rechute était intervenue en juin 2011. L'intensité du trouble dépressif avait été sévère en juin 2009 (F 33.2) et l'épisode actuel était moyen (F 33.11). Son trouble était fluctuant. Le praticien a expliqué que sa patiente avait la possibilité de l'appeler sur son portable, ce qu'elle avait fait à plusieurs reprises, plus particulièrement le soir, dans la mesure où elle rencontrait des

conflits conjugaux importants depuis la naissance de son deuxième enfant. Le trouble dépressif ainsi que le trouble anxieux dont elle souffrait, variant de moyen à sévère suivant les épisodes, dataient certainement de 2001 (naissance de l'enfant). S'agissant de l'expertise du 20 mai 2005, la description qui y était faite de sa patiente lui paraissait correspondre à la réalité. Il était possible qu'elle ait été comme cela en 2005, il aurait néanmoins fallu creuser davantage et ne pas s'arrêter à l'apparence. Il rappelait que son état variait selon les périodes et il relevait que l'expert ne l'avait vue qu'une seule fois. Il évaluait l'incapacité de travail de la recourante à 100 % même lors des épisodes où elle allait mieux, en raison de ses difficultés d'adaptation et de résistance. Il ne pouvait évidemment pas se prononcer de façon précise s'agissant de toute la période avant 2008. De son point de vue, le pronostic était plutôt défavorable tant qu'il n'y avait pas de changement de vie. Il constatait, à la lecture du status psychiatrique décrit dans l'expertise du 20 mai 2005, que l'expert survolait et n'approfondissait pas lorsqu'il faisait état, par exemple, d'un important conflit de couple sans l'investiguer, alors qu'il avait lui-même constaté, quelques lignes plus haut, qu'elle rencontrait des difficultés à s'exprimer. Il était vrai que sa patiente avait une façon plaintive de présenter les choses, il y avait toutefois précisément lieu de creuser cet aspect, ce que n'avait pas fait l'expert. S'agissant des détails qu'il avait données pour la période d'avant octobre 2008, il précisait avoir seulement fait état de ce que le Dr L. _____ lui avait dit. Il reconnaissait pas ailleurs que son propre rapport était quelque peu sommaire. Il saisisait l'occasion de préciser qu'il avait diagnostiqué un trouble panique parce qu'il avait constaté une anxiété très importante avec la réalisation des critères suivants : impression de manque d'air, palpitations, impression de perdre le contrôle, de devenir fou, sentiment de chaud et froid, tremblements intérieurs et crampes abdominales. Un trouble panique pouvait survenir à n'importe quel endroit, n'importe quand. Il expliquait le fait que la recourante n'avait pas consulté de psychiatre avant octobre 2008 par le fait qu'elle était suivie par le Dr L. _____, qui, bien que généraliste, avait beaucoup d'empathie pour ses patients et beaucoup d'expérience pour les traiter. S'agissant du paragraphe 2 de la page 9 du rapport SMR du 12 mai 2010, il estimait que les médecins de Montana, qui avaient examiné l'assurée durant deux semaines à raison de deux fois par jour, avaient un diagnostic plus sûr qu'un expert qui avait vu la recourante durant seulement une à deux heures. Il confirmait par ailleurs que le trouble dépressif était récurrent. En ce qui concernait le syndrome de fibromyalgie, c'était pour lui un « fourre-tout », un diagnostic qui pouvait être posé par un rhumatologue. Pour lui, la recourante ne souffrait pas de fibromyalgie. Elle avait une somatisation, mais souffrait de syndrome des jambes sans repos, de migraines, etc., qui ne pouvaient pas constituer de la fibromyalgie. Il expliquait avoir souhaité voir l'époux dont le comportement était pour sa patiente un facteur majeur de stress, en vain. Il pensait que le trouble dépressif était lié de façon moyenne à ce comportement. Le 2 décembre 2011, la recourante s'est soumise à une nouvelle IRM de sa colonne dorso-lombaire. À cette occasion, la présence d'une discopathie au niveau D12-L1 avec un remaniement dégénératif et inflammatoire osseux des corps vertébraux adjacents antérieurement expliquant bien les douleurs de la patiente de la colonne vertébrale irradiant vers le dos a été mise en évidence. Il y avait également une ébauche de discopathie dégénérative de L3 à S1, toutefois sans autre modification morphologique et sans effet compressif pouvant expliquer les symptômes radiculaires. Le Dr L. _____ a été entendu le 13 décembre 2011. Il a confirmé qu'il était le médecin traitant de la recourante depuis 2002. Celle-ci l'avait consulté en mai 2002 pour des douleurs dans la nuque et dans le dos, et des maux de tête. Il rappelait que le Dr N. _____ avait posé le diagnostic de fibromyalgie en 2008. C'était lui qui

lui avait conseillé de consulter le Dr Q _____ d'abord, puis le Dr O _____, psychiatres. Il estimait en effet que son état dépressif était trop important pour qu'il soit en mesure d'assurer une prise en charge correcte. S'agissant de l'évolution, il y avait eu des hauts et des bas. Il était vrai qu'il avait eu l'occasion de traiter de nombreux cas d'état dépressif. Lorsqu'il sentait que "cela traînait trop", il préférait qu'ils voient un spécialiste. Il avait proposé à sa patiente une hospitalisation à la Clinique de Montana en 2007. Elle avait un sérieux problème de couple et il était préférable pour elle qu'elle s'éloigne un peu. Elle souffrait à ce moment-là d'un trouble dépressif d'intensité moyenne à sévère. Il a précisé que s'il avait recommandé le Dr O _____ à sa patiente, c'était justement parce qu'il était très disponible, joignable en tout temps. Il lui arrivait même d'accompagner des patients en bus lorsque ceux-ci étaient angoissés. Il ne voyait pas quelle activité lucrative adaptée pouvait exercer sa patiente, compte tenu des diverses limitations auxquelles elle se heurtait (port de charges, etc.), de sa fragilité, et du marché de l'emploi (il n'existait plus de petits emplois légers pour lesquels il n'y avait pas besoin de grandes capacités intellectuelles). Il a rappelé au surplus que sa patiente souffrait de crises de panique qui pouvaient survenir à n'importe quel moment. S'agissant de l'évolution entre 2008 et 2010, l'état était plutôt stable. Il avait fait procéder à une IRM de la colonne dorso-lombaire le 2 décembre 2011, dont il versait au dossier le rapport du service de radiologie. Il ne pouvait pas dire si le diagnostic de discopathie au niveau D12-L1 conduisait à retenir de nouvelles limitations que celles figurant dans le rapport du SMR du 12 mai 2010. Pour le déterminer, il fallait faire subir des tests à sa patiente, ce qu'il n'avait pas encore eu le temps de faire. Il a indiqué que des anti-inflammatoires lui étaient prescrits. Elle devait par ailleurs consulter le Dr R _____ pour des problèmes d'estomac (deux foyers de dysplasies), en raison de la prise de ces anti-inflammatoires. Cette atteinte n'impliquait pas en tant que telle une incapacité de travail, mais augmentait son angoisse. Il a produit le rapport du Dr R _____ du 27 septembre 2011 et a indiqué qu'elle souffrait d'un tunnel carpien, mais ne devait pas être opérée dans un avenir proche. Il a enfin déclaré qu'il voyait sa patiente tous les 15 jours. Depuis qu'elle était suivie par le Dr O _____, il la voyait une fois par mois, parfois une fois tous les deux mois. L'expert n'avait quant à lui vu la patiente qu'une seule fois. Dans un avis du 15 janvier 2012, le SMR a considéré que seul un épisode dépressif d'intensité moyenne pouvait être retenu avec quelques éléments du registre anxieux. Cette constellation s'intégrait parfaitement dans le cadre de la fibromyalgie, les douleurs qui concernaient cette pathologie étant susceptibles d'atteindre la sphère psychique. Il n'y avait néanmoins pas d'affection corporelle chronique incapacitante, ni de problématique psychiatrique sévère. On ne pouvait pas non plus parler d'état psychique cristallisé ni de perte de l'intégration sociale. L'échec du traitement était enfin fréquent en ce qui concernait les fibromyalgies. Dans sa détermination après enquêtes, l'intimé a confirmé sa position, se référant à l'avis du SMR du 15 janvier 2012. Il a estimé que les éléments médicaux produits n'étaient pas de nature à modifier ses précédentes conclusions. La durée de l'observation par l'expert, jugée trop courte par les médecins traitants, n'était pas un critère jurisprudentiel qui permettait de remettre en cause la valeur probante de l'expertise. Dans ses dernières écritures du 2 mai 2012, la recourante a sollicité la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, étant donné les avis contradictoires du SMR et de ses médecins traitants. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi

fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le point de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé dans une mesure notable, justifiant le droit à une rente d'invalidité. 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 LPGA. 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 LPGA. 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 LPGA). 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} LPGA 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 LPGA, 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 LPGA. 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 LPGA 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). a) 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 1er janvier 2008). 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 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). 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 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). En l'espèce, il convient de procéder à une comparaison de la situation qui prévalait en 2005 avec celle de 2009. À titre liminaire, la Cour de céans relèvera que, sur le plan somatique, les médecins du SMR ont conclu qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé de l'intéressée, les derniers examens cliniques s'avérant superposables à ceux pratiqués en 2005. La situation ostéo-articulaire a ainsi été jugée inchangée, ce que n'a d'ailleurs pas contesté la recourante, ni son médecin généraliste. Il s'agit dès lors uniquement de déterminer si l'état de santé psychiatrique de la recourante s'est modifié dans une mesure importante, permettant de retenir une incapacité de travail dans l'activité habituelle et/ou dans une activité adaptée. Sur le plan strictement psychiatrique, les médecins du SMR ont considéré que si le diagnostic de fibromyalgie devait être posé, il était toutefois sans répercussion sur la capacité de travail. Ils ont à ce titre expliqué qu'à l'examen, il n'y avait pas de troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention, ni de ralentissement psychomoteur. L'humeur était euthymique. La recourante ne présentait pas non plus d'adynamie, d'anhédonie, de perte de l'élan vital, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution. Sur le plan anxieux, elle ne présentait pas d'agoraphobie, de phobie sociale ni de claustrophobie. Il n'y avait pas non plus de symptômes de la lignée psychotique, notamment délire, hallucinations ou troubles formels ou logiques de la pensée en faveur d'un diagnostic de décompensation psychotique. Ses capacités de raisonnement et de jugement correspondaient à une intelligence dans les limites de la norme. Il n'y avait pas de troubles de la personnalité morbide. Les plaintes somatiques étaient amplifiées sans aucun signe de souffrance et sans comportement antalgique. Il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique, ni même de retrait social, de sorte que le trouble somatoforme douloureux n'avait aucune répercussion sur la capacité de travail. Le psychiatre traitant de la recourante a quant à lui estimé que sa patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent depuis la naissance de son enfant en 2001, dont l'intensité avait été sévère en juin 2009 et l'épisode actuel était moyen. Ledit trouble était fluctuant, variant de moyen à sévère suivant les épisodes et la plaçait dans l'incapacité totale de travailler, même lors des épisodes où elle allait mieux, en raison de ses difficultés d'adaptation et de résistance. Il a par ailleurs admis, s'agissant de l'expertise du 20 mai 2005, que la description qui y était faite de sa patiente correspondait à la réalité. À son sens, il aurait néanmoins fallu creuser davantage et ne pas s'arrêter à l'apparence, car l'état de santé de sa patiente variait selon les périodes. Il a relevé que l'expert ne l'avait vue qu'une seule fois, ce qui était insuffisant pour déterminer l'étendue de son problème psychiatrique. Les médecins de la Clinique de Montana, qui avaient examiné sa patiente durant deux semaines à raison de deux fois par jour, avaient, de ce fait, un diagnostic plus sûr que l'expert qui ne l'avait vue que durant seulement une à deux heures. Les médecins du SMR restaient d'ailleurs superficiels et n'approfondissaient pas lorsqu'ils faisaient état, par exemple, d'un important conflit de couple sans l'investiguer, alors qu'ils avaient constaté qu'elle rencontrait des difficultés à s'exprimer. Il a reconnu que sa patiente avait une façon plaintive de présenter les choses, il y avait toutefois précisément lieu de creuser cet aspect, ce que n'avaient pas fait les médecins du SMR. De son point de vue, le pronostic était plutôt défavorable tant qu'il n'y avait pas de changement de vie. Il a admis que son propre rapport était sommaire, précisant qu'il avait diagnostiqué un trouble panique parce qu'il avait constaté une anxiété très importante avec la réalisation des critères suivants : impression de manque d'air, palpitations, impression de perdre le contrôle, de devenir fou, sentiment de chaud et froid, tremblements intérieurs et crampes abdominales. Ledit trouble pouvait survenir à n'importe quel endroit, n'importe quand. En ce qui concernait le syndrome de

fibromyalgie, la recourante n'en souffrait pas. Le Dr L_____ a enfin relevé que l'état dépressif de sa patiente variait entre moyen à sévère. Il était néanmoins trop important pour qu'il soit en mesure d'assurer une prise en charge correcte. S'agissant de l'évolution, il y avait eu des hauts et des bas, mais quelle qu'en soit l'intensité, l'intéressée était incapable de reprendre une activité, tant habituelle qu'adaptée, en raison de l'ensemble des ses affections ostéo-articulaires et psychiatriques. S'agissant de la valeur probante des examens cliniques qui figurent au dossier, il sied de relever qu'après un résumé médical du dossier, les médecins du SMR ont procédé à une anamnèse détaillée du cas, aussi bien sur le plan social que professionnel et familial et ont pris en compte les antécédents personnels de la recourante. Les examens cliniques font par ailleurs état des plaintes de l'intéressée tant subjectives qu'objectives et les diagnostics sont clairs. Force est par ailleurs de constater que les examens cliniques ont fait l'objet d'études circonstanciées des points litigieux, qu'ils se fondent sur des examens complets et prennent en considération les plaintes exprimées par l'expertisée. Les rapports sont établis en pleine connaissance de l'anamnèse, la description du contexte médical est claire et dûment motivée. Ainsi, la durée des examens cliniques effectués par les médecins du SMR ne saurait remettre en question la valeur de leur travail. La Cour rappelle à cet égard que le rôle d'un expert consiste notamment à se faire une idée sur l'état de santé d'un assuré dans un délai relativement bref. On notera ici que les praticiens ne se sont pas contentés de leurs seules investigations, mais qu'ils se sont également fondés sur le dossier médical complet fourni par les médecins traitants. L'étude de celui-ci ainsi que leurs constatations personnelles leur ont permis de se prononcer sur le cas d'espèce. Ces résultats d'examen, convaincants et dépourvus de contradictions, répondent donc à tous les réquisits pour leur voir attribuer pleine valeur probante. A contrario, si le psychiatre traitant fait état de limitations fonctionnelles importantes sur le plan psychiatrique, considérant que sa patiente n'est plus en mesure de travailler, il ne précise pas suffisamment la teneur desdites limitations. Il se contente en effet d'avancer que la recourante présente un état dépressif récurrent et un trouble anxieux et que cet état de santé ne lui permet pas de reprendre une activité, même adaptée. La Cour de céans note par ailleurs que le Dr O_____ retient les diagnostics précités depuis 2001 et atteste d'une incapacité de travail de 100% depuis 2001 également, alors même qu'il ne suit l'assurée que depuis août 2008. Le rapport du psychiatre traitant est enfin sommaire, ce qu'il a reconnu, et ses déclarations devant la Cour n'y viennent rien changer; le médecin ne s'est pas positionné sur l'intensité de la symptomatologie dépressive et le trouble panique n'est pas expliqué. Il ne saurait ainsi emporter la conviction de la Cour au degré de la vraisemblance prépondérante. Il apparaît en effet que le psychiatre traitant de la recourante s'est simplement livré à une appréciation différente du cas, plus favorable que celle des experts. Il ne se justifie dès lors pas de mettre en œuvre une expertise judiciaire, les conclusions des médecins traitants ne permettant pas remettre objectivement en cause l'appréciation consensuelle des médecins du SMR. Il s'ensuit que l'état de santé psychiatrique de la recourante ne permet pas de retenir une aggravation notable ou même une atteinte invalidante à sa santé. Dans la mesure où il n'est pas démontré que l'état de santé de la recourante s'est aggravé de manière significative, la Cour de céans se rallie donc aux conclusions de l'intimé selon lesquelles la recourante présente toujours une capacité résiduelle de travail de 85% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Mal fondé, le recours est rejeté et la décision entreprise confirmée. La recourante, qui succombe, supportera un émolument de 200 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES

SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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