

# **GE\_GERICHTE A/2575/2011 vom 22. November 2011**

GE Cour de justice, 2011-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2575\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2575_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/2575/2011 du 22 novembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/2575/2011 del 22 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

ère Chambre En la cause Madame S \_\_\_\_\_, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Yann Pierre MEYER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame S \_\_\_\_\_, (ci-après l'assurée), ressortissante d'origine albanaise née en 1958, a travaillé en tant que nettoyeuse. Elle a déposé une demande tendant à l'octroi d'une rente auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) le 17 septembre 2004, invoquant une hernie discale existant depuis décembre 2003. Dans un questionnaire à l'employeur, la société X \_\_\_\_\_ SA a indiqué que l'assurée avait travaillé pour elle jusqu'au 15 décembre 2003 à raison de 5h30 par jour du lundi au vendredi et de 3 h le samedi, pour un salaire horaire de 19 fr. 30, indemnité de vacances de 8.33 % (ou 10.64 % dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004) non incluse. Elle avait réalisé un gain annuel de 27'457 fr. 25 pour 1'334 heures en 2002 et de 29'281 fr. 15 pour 1'400.5 heures en 2003. Le 15 novembre 2004, la société Y \_\_\_\_\_, autre employeur de l'assurée, a signalé à l'OAI que l'assurée avait travaillé pour son compte en tant que nettoyeuse jusqu'au 30 décembre 2003, et avait donné son congé le 20 octobre 2003 avec effet au 31 décembre 2003. Elle avait réalisé un revenu annuel de 16'380 fr. pour 720 heures de travail en 2002 et en 2003. Dans un rapport du 16 décembre 2004, le Dr A \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de lombosciatalgie chronique sur hernies discales bilatérale L4-L5 et droite L5-S1 avec conflit disco-radicaire bilatéral, ainsi que d'état anxio-dépressif depuis 2003 ayant des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée souffrait également de troubles mnésiques et d'anémie hypochrome microcytaire ferriprive depuis 2003, sans incidence sur sa capacité de travail. La capacité de travail était nulle depuis le 15 décembre 2003 dans toute activité. Elle ne pouvait être améliorée par des mesures médicales. Des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. L'état de santé de l'assurée, qui se plaignait de lombalgies, de gonalgies, d'anxiété, de dépression, d'insomnie et de fatigue, était stationnaire. Une radiographie de la colonne lombaire réalisée le 18 décembre 2003 par le Dr B \_\_\_\_\_ a révélé une hernie discale médiane et paramédiane bilatérale de L4-L5 en contact avec les racines émergentes, qui ne paraissaient toutefois pas tuméfiées, et une hernie discale médiane et paramédiane droite de L5-S1 en contact avec la racine émergente droite pouvant expliquer un conflit disco-radicaire bilatéral. Une expertise interdisciplinaire a été réalisée le 15 décembre 2005 et le 12 janvier 2006 par les Dresses C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie du CENTRE D'EXPERTISES MEDICALES. Les médecins ont résumé le dossier médical de l'assurée et procédé à son anamnèse. L'assurée s'est plainte de fatigue et de nuits entrecoupées afin de marcher pour soulager ses douleurs. Elle a signalé une fluctuation de son poids, ainsi que des bouffées de chaleur et de transpiration. Elle souffrait parfois d'œdèmes des mains et des

pieds et de paresthésies. Elle avait subi une chute lors d'un récent accident de bus, et portait depuis une collerette en mousse. Elle présentait également des céphalées frontales. Elle se sentait angoissée, avait la sensation d'avoir une boule à l'estomac. Elle était devenue claustrophobe depuis qu'elle avait cessé le travail, se sentait triste, occupée par des pensées qu'elle ruminait. Elle n'avait cependant pas d'attaques de panique et entretenait de très bonnes relations avec son entourage familial. Les Dresses C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ont ensuite procédé à l'examen clinique de l'assurée, à l'issue duquel elles ont posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire prédominant au niveau L4-L5 et L5-S1 sous forme d'une attitude scoliotique à convexité gauche, protrusion discale circulaire en L4-L5 avec hernie discale médiane légèrement paramédiane gauche réduisant le calibre du fourreau dural, hernie discale médiane et paramédiane droite au niveau L5-S1 en contact avec la racine L5 droite sans compression, arthrose postérieure bilatérale prédominant à gauche; de lombosciatalgies L5 gauches, discrètes séquelles motrices avec déficit du releveur du gros orteil; et de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2). Les autres diagnostics sans incidence sur la capacité de travail étaient ceux de tendinite bicipitale du long chef du biceps de l'épaule droite et de cervicalgies post-traumatiques de niveau C2-C3 et C6-C7 liées à l'accident de bus survenu le 15 novembre 2005. Dans leur analyse, les expertes ont relevé que l'examen clinique montrait une raideur lombaire basse avec un test de Schober à 10/11,5 cm et des contractures des muscles paravertébraux et fessiers à gauche. L'assurée présentait également une irritation S1 au point d'émergence de la racine en parasacré et une périarthrite de hanche gauche. Il y avait également un discret déficit L5 gauche (releveurs des gros orteils). Les douleurs semblaient venir plutôt des tensions musculaires latéro-vertébrales gauches en flexion du tronc et du pincement discal avec débord antérieur en L4-L5, plutôt que des articulaires postérieures. Les douleurs en extension pouvaient être liées aux troubles dégénératifs des articulaires postérieures prédominant en L5-S1 gauche. Il n'y avait pas de mimique douloureuse visant à l'exagération et pas d'extension de la zone douloureuse. Les douleurs et la situation d'incapacité de travail prolongée contribuaient aux troubles anxio-dépressifs et l'assurée évoquait la perte de son emploi comme traumatisante. La concordance des documents radiologiques et des symptômes conduisait à admettre que les plaintes de l'assurée étaient vraisemblables. Le trouble algique était suffisamment pris en compte dans les diagnostics somatiques pour ne pas avoir recours au diagnostic différentiel de trouble douloureux somatoforme, bien que la constellation psychique de l'assurée puisse y faire penser. Le trouble anxio-dépressif mixte réduisait la capacité de travail de 30 %, mais une prise en charge psychiatrique permettrait son amélioration. Les symptômes psychologiques plutôt anxieux que dépressifs étaient traités par antidépresseurs depuis six mois. L'assurée était capable de mobiliser ses ressources. D'autre part, la présence d'un entourage familial attentif lui permettait d'exprimer ses plaintes et d'extérioriser ses craintes. Comme proposition thérapeutique, une tonification de la musculature abdominale était primordiale, mais le relâchement était tel qu'il était illusoire de parvenir à une remusculation suffisante. La Dresse D\_\_\_\_\_ a préconisé le port d'un corset mousse de type COPAM en plus d'exercices. Par ailleurs, les douleurs étant positionnelles et de caractère quasi exclusivement mécanique, un traitement médicamenteux antalgique et anti-inflammatoire ne pouvait les soulager complètement, raison pour laquelle un traitement visant à la stabilisation lombaire sur le plan mécanique pourrait être bénéfique et permettrait de réduire la quantité des antalgiques, qui avaient des effets secondaires tels que fatigue permanente et troubles mnésiques. L'activité de

nettoyeuse de bureau n'était plus possible depuis le 15 décembre 2003, mais la capacité de travail dans ce domaine pourrait être améliorée par l'allègement du cahier des charges et par le port d'un corset associé à un traitement physiothérapeutique pour le maintien de la trophicité musculaire. Dans ces conditions, l'assurée pourrait alors reprendre une activité à 50% dans son ancienne profession. Une activité professionnelle légère, privilégiant la position assise avec changements de position au gré de l'assurée, serait possible environ six heures par jour. Les mouvements fins étaient réalisables et l'assurée pouvait rester assise plusieurs fois 1h30 en intercalant des changements de position pour relaxer la musculature. Cette activité adaptée ne pouvait être réalisée à plein temps, étant donné le traitement médicamenteux déjà lourd et son efficacité relative due au trouble dépressif. Les expertes ont retenu les limitations fonctionnelles suivantes: pas de mouvements répétitifs du dos (se pencher en avant et se redresser), pas de mouvements en porte-à-faux avec rotation du buste, pas de fréquent port de charges excédant 5 kg. L'assurée présentait de plus une faible limitation au plan psychique et mental, susceptible d'amélioration par un suivi psychiatrique et une intensification du traitement antidépresseur, mais elle était néanmoins capable de s'adapter à son environnement professionnel. L'assurée ne disposait pas de ressources scolaires et linguistiques mais pouvait s'intégrer à une équipe. Les expertes ont encore noté que la reprise d'une activité professionnelle pourrait conduire à une amélioration sur le plan thymique, car l'arrêt du travail avait été traumatisant pour l'assurée. Dans son avis du 2 juin 2006, la Dresse E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR) s'est écartée des conclusions de la Dresse C \_\_\_\_\_ s'agissant de l'incapacité de travail de 30 %, au motif que son rapport présentait trop de contradictions avec le reste de l'expertise, notamment avec la description de l'assurée de ses journées, et parce qu'un ajustement du traitement permettrait une amélioration de l'état de santé de celle-ci. En revanche, elle a adhéré aux conclusions des expertes s'agissant de l'incapacité de 50 % en tant que nettoyeuse avec port d'un corset et respect des limitations fonctionnelles. La capacité de travail était cependant entière dans une activité adaptée un mois après l'épisode aigu de blocage lombaire survenu le 15 décembre 2003. L'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée le 14 juin 2006. Il a retenu à titre de revenu d'invalidité le salaire mensuel brut moyen tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4) pour les femmes selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2004, TA1, niveau 4), soit 3'893 fr. correspondant à 40 heures hebdomadaires. Indexé selon l'indice suisse des salaires et adapté à la durée de travail moyenne de 41.6 heures en 2006, le revenu annuel d'invalidité était de 48'585 fr., et de 43'726 fr, après abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité retenu était de 43'726 fr. (soit 29'400 fr. pour environ 1400 heures par an à 21 fr. et 16'380 fr. réalisés auprès des deux employeurs de l'assurée), ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 4.5 %. Par décision du 14 juin 2006, l'OAI a retenu que le degré d'invalidité de 4.5 % était insuffisant pour octroyer une rente à l'assurée. L'assurée s'est opposée oralement à la décision le 21 juin 2006. Par son mandataire, elle a complété son opposition le 16 octobre 2006 en alléguant que sa capacité de travail était nulle dans son activité antérieure, contrairement aux conclusions de l'expertise. Elle présentait de plus une atteinte psychique invalidante restreignant de 30 % sa capacité de travail. Elle ne pouvait de plus être reclassée dans une activité adaptée en raison de ses limitations physiques et psychiques et compte tenu de son absence de formation et de ses difficultés linguistiques. Partant, elle a requis le versement d'une rente entière d'invalidité. Par décision sur opposition du 3 septembre 2007, l'OAI a confirmé la teneur de sa décision du 14 juin 2006, se référant aux conclusions de la

Dresse E \_\_\_\_\_ et à un degré d'invalidité de 4.5 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par courrier du 4 octobre 2007 à l'OAI, l'assurée, par son fils, a contesté la décision en alléguant être toujours totalement incapable de travailler. L'OAI, par courrier du 8 octobre 2007, a prié le mandataire de l'assurée d'indiquer au fils de cette dernière qu'une décision sur opposition avait été rendue. Par demande du 29 mars 2010, l'assurée a déposé une nouvelle demande de rente auprès de l'OAI. Le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué traiter l'assurée depuis le 3 octobre 2006 pour son affection psychiatrique. Celle-ci prenait des anxiolytiques et des antidépresseurs. L'assurée avait subi une nette détérioration de son état psychique depuis le refus de la rente. Ses schémas de pensée, de perception, de réponse et de relation aux autres étaient très instables, rigides et inadéquats, ce qui compromettait son fonctionnement interpersonnel, familial et social. La patiente présentait une symptomatologie anxio-dépressive sévère depuis 2003 et présentait également des symptômes psychotiques. Sa capacité de travail était nulle. Par courrier du 21 juin 2010, le Dr A \_\_\_\_\_ a indiqué que son confrère le Dr F \_\_\_\_\_ et lui-même considéraient que l'assurée souffrait d'une nette péjoration de son état psychique, s'ajoutant au handicap physique croissant, et qu'une révision de son droit à la rente était nécessaire. Il a précisé que des examens complémentaires en cours avaient été retardés en raison d'un récent accident domestique de l'assurée, qui s'était brûlée avec de l'huile. Dans son rapport du 1<sup>er</sup> juillet 2010, le Dr G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué une lombosciatalgie bilatérale depuis 2006 ayant des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Depuis quelques mois, les douleurs s'étaient aggravées, nécessitant un traitement médical lourd. L'assurée présentait un important syndrome lombaire, un signe d'irritation radiculaire et une faiblesse du réflexe patellaire gauche. Il y avait une petite parésie au testing musculaire, qui pouvait être d'origine antalgique. Le pronostic était moyen. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes: pas d'activité uniquement assise, debout, exercée principalement en marchant, en se penchant, en travaillant les bras au-dessus de la tête, accroupie, à genoux, en rotation, pas de port de charges ni de travail sur une échelle ou un échafaudage La capacité de compréhension était limitée par les difficultés linguistiques, la capacité d'adaptation par le faible niveau de formation de l'assurée et sa résistance restreinte par la douleur chronique. Une activité exercée dans différentes positions était possible à raison de deux ou trois heures au maximum. Le Dr G \_\_\_\_\_ a joint le rapport de scanner de la colonne lombaire réalisé le 14 avril 2010 par le Dr H \_\_\_\_\_, concluant à une discopathie marquée au niveau L4-L5 avec protrusion discale, particulièrement importante au niveau foraminaux et extraforaminaux L4-L5 gauche, créant un conflit sur la racine L4 gauche et évoquant la possibilité d'une infiltration sous scanner. Dans son rapport du 12 juillet 2010, le Dr F \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques (F 32.3) et de trouble de la personnalité (F 60.9), ayant des répercussions sur la capacité de travail. Dans l'anamnèse, il a notamment relevé qu'elle présentait une symptomatologie dépressive importante, était très méfiante et présentait des délires de type persécutoire. Les symptômes étaient les suivants: humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie et fatigabilité accrue, auto-reproche déraisonnable et culpabilité inappropriée, perte de confiance et d'estime de soi, désir de mourir, altération de la capacité à penser, se concentrer et trouble important de la mémoire, désorientation dans le temps et dans l'espace, trouble délirant de type persécutoire, perturbations du sommeil, pleurs fréquents, sentiment de désespoir, incapacité à faire face à ses responsabilités et pessimisme au sujet du futur. L'incapacité de travail liée aux affections psychiques était

totale. Dans son rapport du 4 août 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ a fait état d'une aggravation de l'état de l'assurée depuis environ deux ans, en raison de l'apparition d'une discopathie L4-L5 avec conflit sur la racine L4 gauche et d'un tunnel carpien bilatéral. L'assurée souffrait de fatigabilité et d'un manque de concentration et de force dans les membres supérieurs et inférieurs. Il a annexé à son rapport les documents suivants: rapport d'IRM du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 27 octobre 2008, concluant à une discopathie protrusive en C6-C7, surplombée d'une rectitude diffuse; rapport de la Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du 6 janvier 2009, qui a indiqué qu'un électroneuromyographe avait confirmé l'existence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral prédominant sur le plan sensitif à gauche et sur le pan moteur à droite. Une cure chirurgicale était souhaitable. L'étude des myotomes C5 à C7 était normale et n'amenait pas d'arguments en faveur d'une souffrance radiculaire motrice aux membres supérieurs; rapport de radiographie des genoux du Dr K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, du 5 octobre 2009, faisant état d'un pincement modéré du compartiment interne du genou gauche avec ostéophytose marginale traduisant une gonarthrose modérée, îlot d'ostéocondensation d'aspect banal dans la partie médiane et antérieure du tibia droit, et d'ébauche ostéophytaire dans la partie supérieure de la rotule gauche; Une expertise a été confiée au Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Celui-ci a rendu son rapport le 30 décembre 2010, comprenant un résumé du dossier médical de l'assurée et des entretiens téléphoniques avec le psychiatre et le médecin traitant de l'assurée. L'expert a relaté les plaintes de l'assurée comme suit: celle-ci n'avait plus envie de sortir ni de voir qui que ce soit, pleurait tout le temps et souffrait de graves douleurs l'empêchant de dormir et lui faisant tourner la tête, et d'une tension artérielle basse ayant entraîné deux chutes. En sus de ses douleurs dorsales, elle avait une sensation de gonflement dans le visage et dans la nuque, transpirait beaucoup et était sujette à des malaises réguliers. Sa vision était mauvaise et elle avait fréquemment des maux de tête. Elle ne supportait plus la lumière et souffrait de gastrite, ainsi que de picotements et de fourmillements dans les deux mains, pour lesquels elle devrait subir une opération. L'expert a également procédé à une anamnèse complète et à un examen clinique, au terme duquel il a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte (F 41.2) depuis 2005 et de trouble névrotique sans précision (F 48.9), sans répercussions sur la capacité de travail. Il a relevé que l'examen psychiatrique n'avait pas montré de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, ni de trouble panique. Le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant ne pouvait être retenu en présence de troubles physiques. La description subjective de la tristesse et du manque d'envie de sortir et de voir du monde contrastait avec les éléments objectivables, l'assurée étant souriante lorsqu'elle évoquait le plaisir qu'elle avait à passer du temps avec sa famille. Elle n'avait pas non plus manifesté de diminution de l'énergie lors de l'examen, qui avait duré 2h30. Au contraire, elle s'était montrée de plus en plus active en gesticulant parfois vivement, et avait quitté la salle d'examen en faisant des compliments sans que son attitude ne reflète le ralentissement psychomoteur présent en début d'entretien. En l'absence d'idées suicidaires et d'hospitalisation en milieu psychiatrique, d'hallucinations ou idées délirantes, le diagnostic d'épisode dépressif sévère ne pouvait être retenu. L'assurée présentait cependant des troubles anxieux et dépressifs à la sévérité insuffisante pour justifier un diagnostic séparé. Elle décrivait par exemple des angoisses dans les endroits fermés comme les ascenseurs, qu'elle parvenait néanmoins à surmonter. La persistance des symptômes anxieux et dépressifs mixtes se présentait dans le contexte d'une accumulation d'événements stressants, tels que l'accident de son mari l'ayant obligée à assumer seule les besoins de la

famille et la prise en charge de son fils, handicapé depuis l'âge de 18 mois. L'assurée nourrissait une certaine rancune envers son mari, s'était sentie surchargée et laissée seule face aux besoins de sa famille. C'est dans ce contexte conflictuel qu'elle avait commencé à souffrir de difficultés corporelles à l'origine de limitations fonctionnelles. Depuis, son rôle de malade la soulageait de ses obligations quotidiennes grâce au soutien de sa famille et belle-famille, notamment ses enfants entretemps devenus adultes. L'assurée avait très mal vécu le refus de la première demande de rente et commencé à s'identifier à une invalide en mettant en avant la description subjective des symptômes psychiques. Cette situation était maintenue par un quotidien organisé en fonction du bénéfice secondaire de l'assurée, comme la décharge de toute obligation envers son enfant et son mari handicapés et de toute tâche ménagère. Malgré les démarches thérapeutiques entreprises et un traitement antidépresseur à un dosage suffisant, l'assurée refusait de sortir de son rôle d'invalide, mais présentait un cortège de symptômes incohérents comme des difficultés cognitives correspondant à un grave trouble organique, incompatible avec le résultat d'une IRM effectuée le 25 juin 2010. Toutefois, la présentation de l'assurée à l'examen actuel ne permettait pas non plus d'expliquer de tels troubles cognitifs par une dépression sévère. Le tableau clinique présenté par l'assurée était en faveur du diagnostic d'un trouble névrotique s'inscrivant dans le contexte d'une structure de personnalité marquée par des traits passifs-agressifs, notamment par rapport à son mari. Malgré cette structure de personnalité, l'assurée avait eu pendant des années une relation conjugale sans difficulté particulière et s'était intégrée de manière stable au plan professionnel. En conséquence, l'assurée ne présentait pas de déviation extrême ou significative des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui persistant depuis l'adolescence, critères diagnostiques d'un trouble de la personnalité selon la CIM-10. Le Dr L \_\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail totale au plan psychiatrique. S'agissant de l'évaluation de janvier 2006 par la Dresse C \_\_\_\_\_, l'expert a souligné que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte décrivait par définition des symptômes relativement mineurs ne justifiant pas un diagnostic séparé. Partant, il ne pouvait confirmer l'incapacité de travail de 30 % posée par cette praticienne. Par ailleurs, l'assurée semblait peu encline à reprendre une activité professionnelle, ce qui rendait le succès de toute mesure de réadaptation très peu probable. Dans son avis du 14 janvier 2011, la Dresse M \_\_\_\_\_, médecin au SMR, a retenu que l'expertise du Dr L \_\_\_\_\_ était claire et convaincante. Sur le plan somatique, les considérations du SMR du 2 juin 2006 restaient valables et il n'y avait aucune atteinte nouvelle incapacitante, hormis un tunnel carpien bilatéral pouvant être opéré. Le 11 février 2011, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée aux termes duquel il refusait toute prestation, son degré d'invalidité de 5 % excluant le droit à une rente. L'assurée, par son mandataire, s'est déterminée sur le projet de décision. Se référant notamment à l'avis du Dr G \_\_\_\_\_, elle a souligné que celui-ci avait admis l'exercice d'une activité professionnelle alternant les positions au maximum deux à trois heures par jour, en se fondant uniquement sur ses limitations somatiques. Le Dr A \_\_\_\_\_ avait également admis une aggravation de son état de santé et le Dr F \_\_\_\_\_ avait fait état de ses nombreux symptômes. Elle a allégué que l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ était plus probante que celle du Dr L \_\_\_\_\_, puisque le premier la connaissait mieux. L'expert était de plus intervenu dans une situation conflictuelle. L'assurée avait voulu lui montrer sa bonne volonté en évitant d'être démonstrative ou plaintive, alors qu'elle se sentait dévalorisée. Ce sentiment était également démontré par le fait qu'elle ne se chargeait plus des tâches ménagères, car elle s'en sentait incapable, et elle était d'ailleurs encline aux

accidents lorsqu'elle s'y attelait malgré son sentiment d'incompétence et avait récemment subi des brûlures. Le Dr F\_\_\_\_\_ avait fait état de la méfiance de l'assurée, et une expertise de 2h30 ne suffisait dès lors pas pour qu'elle s'ouvre plus objectivement à l'expert. Il y avait donc lieu d'ordonner un complément d'expertise ou une brève hospitalisation. S'agissant du revenu statistique d'invalidé, l'assurée a contesté pouvoir réaliser un revenu de 43'726 fr., seul un revenu mensuel moyen de 3'465 fr. pour 40 heures hebdomadaires, correspondant au revenu moyen tiré d'activités simples et répétitives dans le secteur des services personnels selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires de 2008, pouvait être pris comme base de calcul. Il y avait lieu de tenir compte d'une capacité de travail de six heures par jour au plus dans une telle activité, selon les dernières expertises, et d'un abattement de 25 %, ce qui portait le revenu d'invalidé à 24'990 fr. La comparaison avec le revenu sans invalidité aboutissait à un degré d'invalidité de 50 % au moins. Dans son avis du 30 mai 2011, la Dresse M\_\_\_\_\_ a répété que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ était convaincante et que la capacité de travail de l'assurée était entière du point de vue psychiatrique. L'OAI a procédé à un nouveau calcul du degré d'invalidité de l'assurée le 22 juin 2011. Il a retenu à titre de revenu d'invalidé le salaire mensuel brut moyen pour les femmes tiré d'activités simples et répétitives (niveau 4) selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2004, TA1, niveau 4), soit 3'893 fr. correspondant à 40 heures hebdomadaires. Indexé selon l'indice suisse des salaires et adapté à la durée de travail moyenne de 41.6 heures en 2006, le revenu annuel d'invalidé était de 48'585 fr., et de 43'727 fr. après abattement de 10 %. Le revenu sans invalidité retenu était de 45'780 fr. (soit 29'400 fr. et 16'380 fr. réalisés auprès des deux employeurs de l'assurée), ce qui aboutissait à un degré d'invalidité de 4.49 %. L'OAI a confirmé la teneur de son projet par décision du 29 juin 2011, notifiée par pli recommandé à l'adresse de l'assurée. Le degré d'invalidité étant de 4.5 %, le droit à des mesures d'ordre professionnel et à une rente était nié. Par acte du 26 août 2011, l'assurée, par son mandataire, a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle conclut préalablement à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, au fond à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin que celui-ci diligente une nouvelle expertise. Se référant à l'expertise réalisée en 2006, elle rappelle que des troubles statiques et des lombosciatalgies ayant une répercussion sur sa capacité de travail ont été diagnostiqués, et qu'elle n'a pas tendance à l'exagération. Le Dr F\_\_\_\_\_ a dans l'intervalle relevé des symptômes psychotiques et une détérioration de sa santé mentale. Le Dr G\_\_\_\_\_ a également indiqué une aggravation des douleurs existantes et attesté de nombreuses limitations fonctionnelles, en limitant sa capacité de travail à 2 à 3 heures par jour en alternance des positions. Le Dr L\_\_\_\_\_, dans son anamnèse orientée, qui laisse supposer des questions destinées à minimiser ses symptômes, a déduit de ses réponses l'exact opposé des constatations du Dr F\_\_\_\_\_. Elle affirme qu'il existe des contradictions insurmontables entre le rapport du Dr F\_\_\_\_\_ et l'expertise, et que le Dr L\_\_\_\_\_ semble s'être attaché à saborder systématiquement les constatations médicales du Dr F\_\_\_\_\_. Or, le rapport du psychiatre ne doit pas, selon la jurisprudence, être considéré comme moins crédible que celui de l'expert puisqu'il ne s'agit pas du médecin de famille mais d'un spécialiste dans son domaine, qui fonde son évaluation sur de nombreux entretiens ayant eu lieu sur une période de quelques années. L'expertise d'avril 2006 constatait déjà une symptomatologie dépressive moyenne à faible, réduisant la capacité de travail d'environ 30 %. Les médecins experts en 2006 avaient pronostiqué une évolution plutôt défavorable dans le temps. Il n'est ainsi pas crédible que le

Dr F \_\_\_\_\_ et la Dresse C \_\_\_\_\_ aient tous deux décelé une symptomatologie à l'évolution négative, et que le Dr L \_\_\_\_\_ n'en ait décelé aucun indice. Elle rappelle également les aggravations somatiques, qui justifient une expertise pluridisciplinaire. Elle invoque de plus une violation de son droit d'être entendue, la décision n'étant pas motivée et l'OAI ne s'étant pas déterminé sur ses observations. S'agissant du calcul du degré d'invalidité, elle affirme qu'il y a lieu de retenir que le revenu d'invalidé, soit 49'392 fr. pour une activité à 100 %, doit être calculé en tenant compte de sa capacité de travail de 2.5 heures par jour, ce qui le porte à 15'435 fr. Compte tenu d'un abattement de 10 %, ce revenu est de 13'891 fr. 50. La comparaison avec son ancien revenu de 45'790 fr. aboutit à un degré d'invalidité de 69.66 %, qu'il convient d'arrondir à 70 %, ce qui donne droit à une rente entière d'invalidité. Dans sa réponse du 16 septembre 2011, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il souligne que le recours a été interjeté en temps utile, quand bien même la décision a été notifiée à l'assurée et non à son mandataire, chez lequel elle a élu domicile. S'agissant de la violation du droit d'être entendu alléguée par l'assurée, l'OAI allègue que le devoir de motiver une décision n'implique pas l'obligation pour l'autorité de discuter de tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, l'autorité pouvant se limiter à ceux qui n'apparaissent pas d'emblée dépourvus de pertinence. De plus, la Cour de céans jouit d'un plein pouvoir d'examen si bien qu'une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait en tout état de cause être considérée comme réparée. S'agissant de la valeur du rapport du Dr F \_\_\_\_\_, l'OAI relève que la jurisprudence retient que c'est dans l'appréciation des certificats des médecins traitants et non du seul médecin de famille que s'impose une certaine prudence. C'est en effet la nature du mandat thérapeutique qui commande à un praticien de faire confiance à son patient, et qui peut conduire à un défaut d'objectivité. De plus, en cas de divergences entre les rapports des experts et des médecins traitants, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Quant à la durée de l'entretien, elle n'est pas un critère reconnu pour apprécier la valeur probante d'une expertise. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé physique, l'OAI allègue que l'aggravation d'une symptomatologie douloureuse sans autre modification de l'état de santé ne justifie pas une modification de la capacité de travail d'un assuré. En ce qui concerne enfin le calcul du degré d'invalidité et de la mesure de l'abattement, l'OAI retient que la restriction des activités ne permet pas de réduction du salaire statistique, et que l'assurance-invalidité ne doit pas tenir compte de facteurs étrangers tels que l'absence de formation professionnelle ou les difficultés linguistiques. Copie de cette écriture a été adressée à l'assurée par pli du 27 septembre 2011. 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur son degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement

être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à 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. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 convient 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; ATF 122 V 157 , consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) Si un assuré a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 , consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 , consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 , consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 , consid. 4.1; ATF 128 V 174 ). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que

l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, si avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATF B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 9C\_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATF 9C\_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). 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). Une déduction globale maximale 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). S'agissant de l'expertise du Dr L. \_\_\_\_\_, elle correspond en tous points aux exigences jurisprudentielles. Le rapport de ce médecin se fonde en effet sur une étude du dossier médical de l'assurée, relate ses plaintes de manière détaillée et contient une anamnèse fouillée. Il a été établi après un examen clinique approfondi, complété par des discussions avec les médecins traitants de l'assurée. L'expert a de plus soigneusement motivé ses conclusions, en exposant de manière convaincante les motifs qui l'amenaient à s'écarter de celles de la Dresse C. \_\_\_\_\_. Il convient dès lors de lui conférer une pleine valeur probante. Les critiques de l'assurée sur le rapport d'expertise tombent à faux. S'agissant d'abord de la durée de l'examen, on rappellera qu'il ne s'agit pas là d'un élément déterminant pour définir si l'expertise a valeur probante ou non, comme le souligne à juste titre l'OAI. En effet, le travail de l'expert ne se limite pas à

l'entretien mais se poursuit ensuite par l'analyse des propos recueillis et du comportement observé (ATF I 746/05 du 30 mai 2006, consid. 2.3). Les spécialistes ne posent au demeurant aucune durée minimale pour un examen clinique dans le cadre d'une expertise psychiatrique (Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour l'expertise médicale des troubles psychiques, in : Bulletin des médecins suisses, 2004/85, n° 36, p. 1905). L'assurée indique que le laps de temps n'était pas suffisant pour qu'elle puisse exprimer librement ses troubles. Or, le Dr L\_\_\_\_\_ a recensé précisément les douleurs et les plaintes psychiques qu'elle a alléguées, de sorte que cette objection paraît manifestement infondée. De plus, les conclusions d'une expertise psychiatrique ne reposent pas exclusivement sur la perception subjective par un assuré de son état psychique, mais également sur les observations de l'expert. Des déclarations complémentaires de l'assurée ne suffiraient ainsi pas à établir la gravité d'une atteinte psychique, en l'absence d'éléments objectifs concordants constatés par le médecin. En l'espèce, celui-ci a expliqué précisément pour quels motifs les différents éléments constitutifs d'un état dépressif sévère ne pouvaient être retenus. S'agissant des symptômes évoqués par le Dr F\_\_\_\_\_, que l'expert a écartés, on ne saurait y voir un « sabotage », contrairement à ce qu'allègue l'assurée. En effet, l'expert avait précisément pour mission de déterminer si l'état de santé de cette dernière s'était aggravée. Dans ce cadre, il était nécessaire qu'il discute de chaque symptôme allégué à l'appui de cette détérioration par le Dr F\_\_\_\_\_ afin de motiver ses conclusions. Quant à la discordance avec les conclusions de la Dresse C\_\_\_\_\_, le Dr L\_\_\_\_\_ a également expliqué pourquoi il n'y adhérerait pas. Il convient d'ailleurs de souligner que les constatations de cette experte n'avaient pas non plus emporté la conviction du SMR. Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée, le pronostic quant à l'évolution de ses troubles psychiques n'était pas défavorable. Lors de l'expertise de 2006, les médecins avaient en effet relevé que le trouble anxio-dépressif pourrait s'amender grâce à une prise en charge psychiatrique. Or, l'assurée consulte depuis régulièrement le Dr F\_\_\_\_\_ et le traitement psychotrope est à dire d'expert correctement dosé. Ainsi, il n'y a rien de surprenant à ce que le Dr L\_\_\_\_\_ ne constate pas d'aggravation par rapport à 2006. Dans ces conditions, les conclusions de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ apparaissent convaincantes et la Cour de céans ne s'en écartera pas. Partant, par appréciation anticipée des preuves, il n'y a pas lieu d'ordonner un complément d'expertise. Les atteintes somatiques de l'assurée ne semblent pas s'être aggravées de manière durable depuis l'expertise réalisée par la Dresse D\_\_\_\_\_. En particulier, la discopathie L4-L5 signalée par le Dr A\_\_\_\_\_ dans son rapport du 4 août 2010 avait déjà été mise en évidence dans le rapport radiographique du Dr B\_\_\_\_\_ en 2003, et l'experte rhumatologue en avait également tenu compte. S'agissant du tunnel carpien bilatéral, une intervention chirurgicale est prévue afin d'y remédier, de sorte qu'il n'est pas démontré que cette atteinte nouvelle entraîne une incapacité de travail durable, et la Dresse J\_\_\_\_\_ n'y conclut d'ailleurs pas. On notera de plus que cette atteinte est apparue en janvier 2009 et que la demande de révision de la rente en raison d'une aggravation de l'état de santé date du 29 mars 2010, soit plus d'une année après. Si cette affection avait une incidence durable sur la capacité de travail de l'assurée, il est vraisemblable qu'elle aurait demandé la révision de son droit à la rente plus tôt après sa découverte. Les lombosciatalgies diagnostiquées par le Dr G\_\_\_\_\_ en juillet 2010 ne constituent quant à elles pas un élément nouveau, puisqu'elles ont été mentionnées dans l'expertise rhumatologique et que leur incidence sur la capacité de travail a été prise en considération par la Dresse D\_\_\_\_\_ qui a conclu à une inaptitude à poursuivre une activité de nettoyeuse et a fait état de limitations

fonctionnelles adaptées aux problèmes dorsaux de l'assurée. Or, en l'absence de détérioration organique, l'intensification des douleurs ressenties ne suffit pas à établir une aggravation de l'invalidité. Enfin, contrairement à ce qu'allègue l'assurée, on ne saurait conclure que les limitations fonctionnelles retenues par le Dr G \_\_\_\_\_ restreignent sa capacité de travail à deux à trois heures par jour au maximum. Ce médecin a certes mentionné que des activités dans différentes positions étaient possibles deux à trois heures au maximum. Il n'a cependant pas mentionné qu'il s'agissait d'une limite journalière, de sorte que cette indication doit être comprise dans le sens qu'un changement de positions est nécessaire après deux à trois heures au plus. En conséquence, on ne peut retenir d'aggravation durable de l'état de l'assurée au plan somatique. Reste à examiner le calcul d'invalidité auquel a procédé l'intimé. Il sied de souligner que le calcul du degré d'invalidité du 22 juin 2011 reprend en réalité celui qui a été effectué en 2006. A défaut d'aggravation démontrée de l'état de santé restreignant la capacité de travail, il est conforme au droit de reprendre le calcul qui a déjà été effectué lors de la décision initiale de refus de rente. Reste que le calcul du 14 juin 2006 fait référence aux revenus réalisables en 2006. Or, l'assurée a été incapable d'exercer sa profession de nettoyeuse dès le 15 décembre 2003, de sorte que le délai de carence d'un an s'est achevé en 2004, qui est donc l'année déterminante pour la naissance du droit à la rente. Il n'y a pas lieu d'indexer le revenu statistique de 3'893 fr. pour 40 heures. Il doit cependant être ajusté à la durée de travail moyenne, qui était de 41.7 heures en 2004 selon la Statistique de la durée normale du travail dans les entreprises de l'OFFICE FEDERAL DE LA STATISTIQUE, ce qui correspond à un revenu mensuel de 4'058 fr. et un revenu annuel de 48'696 fr. et de 43'826 fr. après abattement de 10 %. Quant au revenu sans invalidité, on peut reprendre les chiffres de l'OAI, correspondant aux revenus réalisés auprès des deux employeurs de l'assurée en 2003, soit 29'400 fr. et 16'380 fr. ou 45'561 fr. au total en 2003. Il convient d'indexer ce revenu à 2004 selon l'Indice suisse des salaires (1.7 % pour les femmes), ce qui le porte à 46'284 fr. La comparaison de ces revenus donne un degré d'invalidité de 5.31 %, qui doit être arrondi à 5 % (ATF 130 V 121 , consid. 3.2). S'agissant de la réduction de 10 %, il convient de rappeler que l'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation de l'autorité (ATF 132 V 393 , consid. 3.3) et que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75, consid. 6). Conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA; E 5 10), seul l'abus ou l'excès du pouvoir d'appréciation peut être revu par le Tribunal de céans. Il y a abus du pouvoir d'appréciation lorsque l'autorité, tout en restant dans les limites du pouvoir d'appréciation qui est le sien, se fonde sur des considérations qui manquent de pertinence et sont étrangères au but visé par les dispositions légales applicables, ou viole des principes généraux du droit tels que l'interdiction de l'arbitraire et de l'inégalité de traitement, le principe de la bonne foi et le principe de la proportionnalité (ATF C 114/01 du 28 juin 2002, consid. 2b/aa; ATF 123 V 150 , consid. 2). Il y a excès du pouvoir d'appréciation notamment dans le cas où l'excès de pouvoir est négatif, soit lorsque l'autorité considère qu'elle est liée, alors que la loi l'autorise à statuer selon son appréciation, ou qu'elle renonce d'emblée en tout ou partie à exercer son pouvoir d'appréciation (ATF 9C\_280/2010 du 12 avril 2011, consid. 5.1 ; ATF 116 V 307 , consid. 2). En l'occurrence, l'abattement de 10 % n'est pas critiquable compte tenu du fait que l'assurée n'a pas un âge très avancé et qu'elle dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Quoi qu'il en soit, même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 %, le revenu d'invalidité serait de 36'522 fr. et la comparaison avec le revenu sans invalidité aboutirait à

un degré d'invalidité de 21.1 %, qui reste insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. S'agissant enfin de la violation du droit d'être entendue que l'assurée tire du fait que l'OAI ne s'est pas déterminé sur les arguments soulevés dans ses observations, la Cour de céans rappelle que le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65 , consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 , consid. 3d/aa). En l'occurrence, l'OAI ne s'est pas expressément prononcé sur les objections de l'assurée. Si l'on peut regretter cette carence, la décision litigieuse a été soumise à l'examen de la Cour de céans, qui jouit d'une cognition entière, et devant laquelle l'OAI s'est déterminé sur les moyens soulevés par l'assurée à la suite du projet de décision. A supposer qu'il y ait eu violation du droit d'être entendu, ce vice doit dès lors être considéré comme réparé, conformément à la jurisprudence citée, et le grief de l'assurée écarté. Eu égard à ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'assurée supportera l'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 l'assurée. 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.