

GE_GERICHTE A/3048/2014 vom 17. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3048_2014

FR: GE_GERICHTE A/3048/2014 du 17 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE A/3048/2014 del 17 dicembre 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Jacques MARTIN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née en Espagne le _____ 1958, est arrivée en Suisse en 1981 et a commencé à travailler à temps partiel dès 1993. En dernier lieu, elle a été engagée par B_____ SA en qualité de nettoyeuse de locaux, à partir du 1 er janvier 2005. 2. Suite à une chute d'une échelle au printemps 2008, l'intéressée a présenté des dorsalgies aiguës et des difficultés respiratoires. Faute de pouvoir accomplir correctement son travail, elle a démissionné pour le 31 mai 2008. 3. L'intéressée a déposé une demande auprès de l'Office cantonal de l'emploi (OCE), lequel lui a octroyé des prestations cantonales en cas d'incapacité passagère de travail (ci-après PCM) du 2 novembre 2009 au 24 juin 2010. 4. En date du 7 juillet 2010, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi un rapport suite à trois consultations de l'intéressée et à un enregistrement électroencéphalogramme prolongé du 24 au 25 juin 2010. Ses investigations confirmaient l'hypothèse diagnostique d'un syndrome d'apnées-hypopnées du sommeil à caractère positionnel et lié au sommeil paradoxal. Suite à l'interruption d'un traitement par ventilation en pression positive continue (ci-après CPAP pour « continuous positive airway pressure) en raison d'un refus psychologique de l'assurée, la neurologue préconisait l'application d'un propulseur mandibulaire ainsi que la réalisation d'un bilan pneumologique. En outre, elle avait introduit un traitement par antidépresseur, l'assurée se plaignant d'angoisses. 5. Par décision du 8 juillet 2010, l'OCE a nié le droit de l'assurée aux PCM, considérant, sur la base du préavis de son médecin-conseil, que l'incapacité de travail était définitive. 6. Le 28 juillet 2010, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du Canton de Genève (ci-après OAI), mentionnant être incapable de travailler pour cause de maladie depuis mai 2008. Elle a joint différents documents à sa demande, dont un curriculum vitae duquel il ressort qu'elle a travaillé en qualité de nettoyeuse et blanchisseuse, de gouvernante, d'employée de maison et d'aide aux personnes âgées. 7. Par rapport du 6 août 2010, le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, a retenu, à titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail de l'assurée, une fracture-tassement de D7 suite à une chute en 2008, ainsi qu'un état dépressif récurrent accompagné de fatigue et d'attaques de panique. L'incapacité de travail était totale depuis novembre 2008, l'activité de nettoyeuse n'était plus exigible à cause des dorsalgies et des angoisses, et le traitement actuel consistait en de la physiothérapie et la prise d'antidépresseurs. 8. En date du 13 janvier 2011, le Dr D_____ a précisé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité en raison des dorsalgies, de blocages, de douleurs lors de la flexion, et d'irradiation.

En outre, l'assurée était limitée par ses angoisses, souffrait de dépression récurrente et ne pouvait pas se concentrer. [endif]>![if> 9. Par rapports des 3 février et 9 mars 2011, la Dresse C_____ a diagnostiqué un syndrome d'apnées du sommeil et une dépression, ajoutant qu'un propulseur n'avait pas pu être proposé à cause de l'état dentaire de l'assurée. [endif]>![if> 10. Le 4 août 2011, le Dr D_____ a relevé que l'assurée faisait des crises d'angoisse, de tétanie et qu'elle restait enfermée dans son logement. L'idée de reprendre un emploi lui déclenchait des crises de panique. Concernant la fracture-tassement de D7, l'assurée avait été informée qu'une cimentoplastie était possible, mais elle avait préféré y renoncer en raison des risques potentiels. [endif]>![if> 11. Mandaté par l'OAI, le Dr E_____, spécialiste FMH en pneumologie au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a rendu un rapport le 20 février 2012 suite à des tests de sommeil et deux consultations de l'assurée. L'expert a retenu, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de probables crises d'angoisse présentes depuis des années et des lombalgies après une fracture du corps vertébral D7 sur une chute au printemps 2008. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, une insomnie avec des troubles de l'endormissement et du maintien du sommeil probablement d'origine psychophysiologique présente depuis des années (F51.0 ; CIM-10), un syndrome d'apnées du sommeil de degré modéré avec un index d'apnée -hypopnée (IAH) à 23/h et un index de désaturation en oxygène (IDO) à 16/h, diagnostiqué en juin 2010 et traité irrégulièrement par thérapie CPAP depuis mars 2011 (G47.3 ; CIM 10). Les examens montraient un sommeil perturbé avec une efficacité diminuée à 65%, avec un temps de sommeil total d'à peine 4 heures. Le traitement par CPAP avait un bon effet sur le trouble respiratoire du sommeil et le sommeil perturbé n'avait pas d'influence sur la vigilance pendant la journée, le test du maintien de l'éveil étant normal. L'insomnie pouvait être une cause, au moins partielle, de la fatigue et des troubles de la mémoire et de la concentration, mais des tests neuropsychologiques étaient conseillés afin de mieux apprécier ces éventuelles limitations. Du point de vue somnologique, les troubles de l'assurée n'avaient pas d'influence sur sa capacité de travail, laquelle demeurait entière, mais une baisse de la concentration était signalée concernant le rendement attendu dans l'activité habituelle. Vu la présence des troubles de la mémoire et de la concentration, un travail requérant de telles aptitudes devait être évité. Une diminution de rendement était possible. [endif]>![if> 12. Le 7 décembre 2012, le Dr D_____ a maintenu que la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis 2008 dans l'activité habituelle. Dans un travail adapté tenant compte du trouble anxieux généralisé, des paniques et des dorsalgies, ladite capacité était de 20%. [endif]>![if> 13. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire, laquelle a été confiée aux Drs F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et H_____, spécialiste FMH en rhumatologie, du Centre d'expertise médicale (CEMed) de Nyon. Dans leur rapport du 23 octobre 2013, les experts ont diagnostiqué des dorsalgies persistantes après une fracture-tassement traumatique de D7 et une arthrose acromio-claviculaire droite après un impingement traumatique, troubles ayant des répercussions sur la capacité de travail. Ils ont également mentionné, à titre de diagnostics sans effets sur ladite capacité, un syndrome du tunnel carpien droit pauci-symptomatique, un trouble panique (F41.1), un trouble de l'adaptation, réaction mixte dépressive et anxieuse (F43.22) et une insomnie non organique (F51.0). Sur le plan de la médecine interne, le status était dans la norme, à l'exception d'une hypertension discrète. Concernant la fatigue, au vu de la bonne qualité de la dentition, il pourrait être utile de rediscuter de l'utilisation d'un propulseur mandibulaire pour améliorer

le problème des apnées du sommeil. En conclusion, il n'y avait aucune justification pour une incapacité de travail. Au niveau rhumatologique, l'expertise confirmait la présence d'un status après une fracture-tassement D7 et une souffrance acromio-claviculaire droite. L'examen du rachis et des ceintures n'avait révélé aucun signe de non organicité. La découverte tardive de la fracture avait rendu toute intervention de réduction et de plastie ultérieure risquée et non exigible de la part de l'assurée. Les lésions présentées rendaient presque toutes les tâches de l'activité professionnelle difficiles, l'assurée ne pouvant plus porter de charges, occasionnelles de plus de 15 kg et répétitives de plus de 3-4 kg, ne supportait plus les positions statiques prolongées, avait de la peine dans les travaux impliquant les bras en élévation et adduction, tel que le repassage, le nettoyage en frottant ou passer l'aspirateur, et elle ne pouvait plus effectuer des mouvements répétitifs du tronc ou marcher. Le tassement de 40 à 50% de la hauteur du mur antérieur de D7, mis en évidence par une imagerie par résonance magnétique pratiquée le 5 juillet 2013, avait son importance, et l'accentuation de la cyphose dorsale pouvait parfaitement provoquer, accentuer et entretenir les douleurs décrites. Les souffrances acromio-claviculaires étaient également symptomatiques à long terme. Le travail de nettoyeuse n'était plus exigible, mais une activité légère en position assise sans obligation de cadence (travail à la chaîne) ou d'élévation des membres supérieurs par rapport au plan de travail était parfaitement possible. Enfin, le syndrome du tunnel carpien était jugulé par des moyens simples et n'était pas invalidant. Sur le plan psychique, la symptomatologie apparue en 2007, à savoir des crises d'angoisse associées à des manifestations physiques, dont des fourmillements, une sensation d'étouffement et des palpitations cardiaques, était caractéristique des attaques de panique au sens de la CIM-10. Celles-ci étaient spontanément résolutes, mais accompagnées de la crainte de leur réapparition. Grâce au traitement suivi, l'assurée signalait une diminution de la fréquence des crises, dont elle avait appris à réduire l'intensité en contrôlant sa respiration. Sur le plan de l'humeur, l'assurée ne présentait pas les signes d'un état dépressif. La thymie était discrètement déprimée, mais on ne notait pas un abaissement significatif et constant de l'humeur, ni une diminution de l'intérêt du plaisir, ni une réduction de l'énergie. L'assurée avait une bonne estime d'elle-même et n'exprimait pas de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation. Elle se montrait active dans son ménage, et trouvait des satisfactions dans la lecture et d'autres activités. Elle faisait actuellement face à une situation personnelle et familiale difficile car elle était confrontée à des difficultés financières et à la maladie grave de son époux. Concernant les troubles du sommeil, ces derniers pouvaient s'expliquer par la situation psychologique de l'assurée sur le plan social et familial. L'intensité de la perturbation, la difficulté à rester endormie, la qualité insatisfaisante du sommeil et la durée de la symptomatologie, associées à la préoccupation constante concernant le sommeil permettaient de confirmer le diagnostic d'insomnie non organique mentionné en 2012. Aucun des diagnostics retenus n'était invalidant et la capacité de travail sur le plan psychique était pleine et entière. <![endif]><![if>

14. En consilium, les experts ont conclu que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle depuis la chute accidentelle de 2008 et retenu les limitations fonctionnelles concernant le port de charges, occasionnelles de plus de 15 kg et répétitives de 3-4 kg, les positions statiques prolongées, les travaux impliquant une élévation et adduction des bras, les mouvements répétitifs du tronc et la marche. Dans une activité adaptée, une capacité de travail entière était possible neuf mois après le sinistre. L'arthrose acromio-claviculaire ne justifiait pas à elle seule une incapacité de travail de longue durée, mais un traitement alliant de la physiothérapie, des infiltrations locorégionales et

éventuellement de la chirurgie, permettrait d'éviter de fréquentes interruptions temporaires. !endif>!
15. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 27 janvier 2014 au domicile de l'assurée. Selon cette enquête, le total des empêchements, sans l'aide des proches, se montait à 41%, et celui avec l'aide exigible des proches à 26%. !endif>!
16. Par décision du 5 septembre 2014, reçue le 8 septembre 2014, l'OAI a confirmé son projet de décision du 13 juin 2014 de refus de prestations. La capacité de travail de l'assurée en tant que nettoyeuse était nulle, mais rien ne l'empêchait d'exercer une activité physiquement plus légère, dès le mois de septembre 2009, sans avoir besoin d'une nouvelle formation ou d'un complément de formation. L'OAI a déterminé le salaire sans invalidité à partir du revenu figurant sur les comptes individuels des cinq années précédant l'atteinte à la santé, soit CHF 27'602.- pour une activité de nettoyeuse à mi-temps. Le salaire avec invalidité, calculé selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (EES ; TA1, niveau 4) et tenant compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, a été fixé CHF 23'606.-. Après comparaison des revenus, la perte de gain se montait à CHF 3'996.-, soit 14%. En outre, il ressortait de l'enquête ménagère que l'empêchement dans la tenue du ménage était de 26% en tenant compte de l'exigibilité de l'aide apportée par son époux. Partant, pour la partie active, l'empêchement était de 14% et le degré d'invalidité de 7% (50% x 14%), respectivement de 26% et de 13% (50% x 26%) pour la partie ménagère. Le degré d'invalidité total était donc de 20% (7% + 13%), de sorte que l'assurée n'avait pas droit à une rente. !endif>!
17. Par acte du 7 octobre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire d'un conseil, a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de septembre 2009. A l'appui de son recours, elle a invoqué que son degré d'invalidité était de 100% pour la partie active et de 78.5% pour la partie ménagère, de sorte que son degré d'invalidité total était de 89.25% (50% + 39.25%), ce qui lui donnait droit à une rente entière. En substance, la recourante a contesté les conclusions du rapport d'expertise, lequel contenait une contradiction puisqu'il mentionnait qu'elle ne supportait plus les positions statiques prolongées tout en concluant qu'elle pouvait exercer une activité adaptée en position assise, et ne tenait pas compte de l'interaction de ses différentes pathologies. Elle a également fait grief à l'intimé de ne pas mentionner une activité professionnelle concrète qu'elle pourrait exercer, compte tenu de son état de santé global, de son âge et de l'absence de toute formation. S'agissant de la tenue du ménage, elle a contesté le degré d'invalidité retenu par l'intimé, relevant notamment que seules les dorsalgies avaient été prises en considération, à l'exclusion des autres atteintes, et que sa capacité de travail était nulle dans le ménage. Elle a également soulevé qu'il n'incombait pas à d'autres personnes que l'assurée de diminuer le dommage et allégué que son mari présentait de nombreux problèmes de santé qui ne lui permettaient pas qu'on lui impute sans autres, toute charge ménagère qu'elle ne pouvait plus assumer. Ainsi, elle a estimé que son invalidité était de 100% pour la partie active et de 78.5% pour la partie ménagère, ce qui représentait des degrés d'invalidité respectifs de 50% et 39.25%. Il en résultait donc un degré d'invalidité total de 89.25% (50% + 39.25%), ce qui lui donnait droit à une rente entière. !endif>!
18. Dans sa réponse du 5 novembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours, au motif que les éléments apportés dans le cadre du recours ne lui permettaient pas de faire une appréciation différente du cas. Il a estimé que l'expertise confiée au CEMed prenait en compte toute la problématique du cas et avait valeur probante. S'agissant des empêchements dans le ménage, ils avaient été évalués sur la base d'une enquête ménagère effectuée par une infirmière au domicile de la recourante. Rien ne permettait de s'écarter des conclusions de ce document. !endif>!
Etait joint à

cette écriture un rapport du SMR du 20 octobre 2014, lequel maintenait son avis au regard des deux expertises concluantes. 19. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 11 novembre 2014. 20. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS/GE 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. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RSG E 5 10]).

3. Le litige porte sur le droit de la recourante à l'obtention d'une rente d'invalidité. 4. 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).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 6. a. En l'espèce, l'intimé a considéré, sur la base des rapports d'expertise du Dr E_____ du 20 février 2012 et du CEMed du 23 octobre 2013, que la recourante ne pouvait plus exercer sa profession habituelle, mais présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Il convient donc de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante de ces documents. b. Le rapport du Dr E_____ a été établi en pleine connaissance du dossier, l'expert a tenu compte des plaintes de la recourante et procédé à des investigations poussées, lesquelles ont permis de confirmer le diagnostic d'apnées du sommeil posé par la Dre C_____ (rapports des 7 juillet 2010 et 3 février 2011). S'il a relevé que ses examens avaient mis en évidence un temps de sommeil total de quatre heures, il a également exposé que le test du maintien de l'éveil était normal et que le sommeil perturbé n'avait pas d'influence sur la vigilance de la recourante pendant la journée. Il a donc conclu que les diagnostics d'insomnie et de syndrome d'apnées du sommeil ne justifiaient aucune incapacité de travail. De l'expertise du CEMed résulte à cet égard que la recourante se couche vers 23h et qu'elle met environ une heure pour s'endormir. Vers 3h du matin, elle se réveille, se lève, s'occupe de ses chats et lit, puis se recouche pour se réveiller vers 9h. Pendant la journée, elle aime lire et regarder la télévision. Il n'est pas rapporté qu'elle fait une sieste en raison de sa fatigue constante ou qu'elle s'endort devant la télévision. Ces constatations corroborent les conclusions du Dr E_____, selon lesquelles le syndrome d'apnées du sommeil n'a pas une répercussion sur la vigilance et, partant, sur la capacité de travail. Une pleine valeur probante peut ainsi être attribuée à cette expertise. c. Concernant le rapport pluridisciplinaire du CEMed, la chambre de céans rappellera qu'il est également basé sur le dossier de l'intimé, une anamnèse détaillée, ainsi que des examens complets et une étude approfondie du dossier. Les experts concluent que la capacité de travail de la recourante est nulle dans l'activité habituelle depuis la chute accidentelle de 2008, mais entière dans une activité adaptée, et ce

dès neuf mois après le sinistre. Selon eux, seules les dorsalgies persistantes après la fracture-tassement de D7 et l'arthrose acromio-claviculaire droite entraînent des répercussions sur la capacité de travail. Le syndrome du tunnel carpien droit, le trouble panique, le trouble de l'adaptation et l'insomnie non organique n'ont aucun effet sur ladite capacité. La chambre de céans observe que, bien que les experts n'aient pas mentionné le diagnostic d'apnées du sommeil, il ressort clairement de leur rapport qu'ils ont admis l'existence de ce trouble et en ont dûment tenu compte, mentionnant à plusieurs reprises que la recourante « présente un syndrome d'apnées du sommeil » (par ex : rapport p. 5). Dans ces conditions, l'omission de cette affection parmi les diagnostics est sans conséquence, ce d'autant plus qu'il ne justifie aucune incapacité de travail selon le Dr E_____. Concernant les limitations fonctionnelles, les experts ont notamment indiqué que la recourante ne supporte plus les « positions statiques prolongées » (rapport p. 14 et 16) tout en retenant qu'une « activité légère en position assise sans obligation de cadence (...) ou d'élévation des membres supérieurs » serait parfaitement possible (rapport p. 14). Si de telles conclusions peuvent paraître de prime abord contradictoires, la chambre de céans considère qu'il ne s'agit en réalité que d'une simple imprécision et que les experts ont estimé que la recourante peut travailler en position assise, de façon non statique, c'est-à-dire en alternant les positions assise et debout, pour autant que les autres restrictions soient respectées. Aucune pièce médicale produite dans le cadre de la présente procédure ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de ce rapport. En effet, la Dresse C_____ ne s'est prononcée ni sur la capacité de travail de la recourante ni sur les limitations fonctionnelles. Quant au Dr D_____, il a certes considéré que les troubles psychiques avaient une influence sur la capacité de travail de sa patiente, mais cet avis n'émane pas d'un spécialiste. Enfin, la divergence d'appréciation quant à la capacité de travail de la recourante, estimée par le Dr D_____ à 20% dans un travail adapté (rapport du 7 décembre 2012), n'est pas de nature à remettre en cause les résultats des experts, dans la mesure où le médecin traitant n'a pas fait état d'éléments qui ont été ignorés dans le cadre des expertises. La recourante, reproche aux experts de ne pas avoir pris suffisamment en considération l'interaction de ses différentes pathologies. Or, c'est précisément pour éviter un tel manquement que l'intimé a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Dans ce cadre, l'état de santé global de la recourante a été évalué et les experts ont rendu leur rapport après une analyse consensuelle. A cet égard, il convient de relever qu'il est expressément mentionné à la p. 2 du rapport du CEMed que les experts établissent conjointement le rapport après discussion interdisciplinaire, Au vu de ce qui précède, les conclusions du rapport du CEMed, sous réserve de la définition de l'activité adaptée, sont convaincantes et remplissent les requis juridiques pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Partant, la chambre de céans admet que la recourante pourrait travailler à 50%, soit au taux d'occupation antérieure, dans une activité adaptée. 7. Reste à définir quelles activités sont compatibles avec les limitations fonctionnelles de la recourante.!

a. L'administration doit en principe indiquer quelles sont les possibilités de travail concrètes qui entrent en considération, en fonction des limitations de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 588/05 du 27 avril 2006 consid. 3; ATF 107 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). En outre, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b

p. 20; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). b. En l'espèce, les restrictions de la recourante sont nombreuses. Non seulement le port de charges est limité à 3-4 kg pour les gestes répétitifs et à 15 kg pour les efforts occasionnels, mais elle ne peut pas non plus exercer un travail nécessitant l'élévation et l'adduction des bras ou encore des mouvements répétitifs du tronc. De surcroît, les positions statiques prolongées et la marche ne sont plus possibles. Or, l'intimé n'a à aucun moment précisé quelles activités professionnelles la recourante pourrait encore exercer et la réponse à cette question ne paraît de loin pas évidente, d'autant moins que la recourante présente rien que dans son ménage déjà des empêchements de 41%, selon l'enquête ménagère. Dans ces conditions, la simple mention, à titre de travail adapté, d'une activité physiquement légère est insuffisante. Il convient ainsi de constater que l'instruction est incomplète, de sorte que la cause sera renvoyée à l'intimé pour établir quelles activités adaptées entrent en ligne de compte. Dans la mesure où les limitations sont nombreuses, il lui appartiendra le cas échéant de compléter l'instruction par une observation professionnelle. La recourante n'étant plus capable de travailler dans les anciennes professions exercées, l'intimé devra aussi examiner éventuellement, si elle peut prétendre à une orientation professionnelle. 8. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 9. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est octroyée à titre de dépens. 10. Au vu de l'issue de la procédure, un émolument de justice de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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