

GE_GERICHTE A/317/2014 vom 5. Februar 2015

GE Cour de justice, 2015-02-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_317_2014

FR: GE_GERICHTE A/317/2014 du 5 février 2015

IT: GE_GERICHTE A/317/2014 del 5 febbraio 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOSSHARD Pierre-Yves recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1970, originaire du Portugal, arrivée en Suisse en mai 2007, mariée et mère de deux enfants, au bénéfice d'une formation de paysagiste, a travaillé en qualité de lingère à 100% pour le restaurant « Le B_____ » d'octobre 2007 à mai 2009, ainsi que comme nettoyeuse à 20% pour la société C_____, d'octobre 2007 à juin 2009. En janvier 2009, l'assurée a été victime d'une chute : alors qu'elle descendait la dizaine de marches conduisant à la cave du restaurant, l'intéressée a glissé alors qu'elle posait le pied sur la première marche ; ses pieds sont partis vers l'avant et le bas de son dos a heurté la marche ; elle a ensuite glissé jusqu'au bas des escaliers. Le 2 octobre 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant cette chute et une colite ulcéreuse. Du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée, il ressort qu'en 2008, elle a réalisé un revenu de CHF 11'270.- en étant employée par C_____ SA, auquel se sont ajoutés CHF 37'250.- pour son activité auprès de l'établissement « Le B_____ » (soit un total de CHF 48'520.- en 2008). La société C_____ a rempli un questionnaire pour employeur dont il ressort que l'assurée a travaillé jusqu'en juin 2009 à raison de 2h15 par jour (soit 11h15 par semaine) pour un salaire horaire de CHF 19.-, auquel s'ajoutaient 8,33 % à titre d'indemnités de vacances. Quant au contrat de travail conclu entre l'assurée et « Le B_____ », il indique qu'elle travaillait à 100% pour cet établissement pour un salaire de CHF 3'700.- brut par mois en 2007. En janvier 2009, son salaire annuel brut s'élevait à CHF 48'100.- (soit CHF 3'700.- x 13 ; pièce 21, p. 25 OAI). 5. Plusieurs rapports médicaux ont été versés au dossier : - le 19 octobre 2009, le docteur D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a conclu à une recto-colite ulcéro-hémorragique (RCUH), à une spondylarthrite dans le cadre de la RCUH et à un état dépressif ; il a attesté d'une totale incapacité de travail ; - un scanner dorsolombaire pratiqué le 17 février 2009 n'a mis en évidence qu'une légère discopathie (L5-S1), s'accompagnant d'une légère protrusion discale ; - le 13 novembre 2009, le docteur E_____, du service de gastro-entérologie et d'hépatologie de l'hôpital cantonal de Genève (HUG) a indiqué que lorsqu'il avait examiné l'assurée en mars et avril 2009, son atteinte ne justifiait pas de prise en charge par l'assurance-invalidité ; - dans un rapport du 25 novembre 2009, le Dr D_____ a attesté une nouvelle fois d'une incapacité totale de travail en raison de la persistance de selles sanglantes, de douleurs articulaires et d'une incapacité à porter des charges ou à se pencher en avant ; - le 15 décembre 2009, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne et en gastro-entérologie et

hépatologie, a confirmé l'existence, depuis mars 2009, d'une RCUH, accompagnée d'une spondylarthrite ; il a précisé que sa patiente était par ailleurs connue pour un important état dépressif ; en encourageant l'assurée à prendre son traitement de façon régulière, il avait assisté à une nette amélioration du point de vue digestif (diminution des douleurs abdominales et ralentissement du transit) ; on ne pouvait exclure une nouvelle poussée dans le futur, mais il lui semblait cependant qu'alors, dans un contexte de maladie inflammatoire chronique de l'intestin, une activité professionnelle adaptée pouvait être reprise, sans qu'il puisse affirmer que ce soit à 100% ; pour le reste, le médecin a renvoyé au Dr D_____ s'agissant de l'évaluation des conséquences des douleurs articulaires ; il a également préconisé une investigation sur le plan psychique ; - le 12 février 2010, le Dr D_____ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire et conclu à une totale incapacité de travail depuis janvier 2009, précisant que celle-ci était due aux problèmes digestifs ; - le 14 mai 2010, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a conclu à un trouble dépressif sévère depuis le début de l'année 2009 ; après son licenciement, l'assurée avait développé des symptômes dépressifs qui s'étaient progressivement aggravés, au point que son médecin traitant, le Dr D_____, avait jugé utile de la lui adresser ; la psychiatre qualifiait l'état de sa patiente de préoccupant (perte de l'élan vital, anhédonie, repli sur soi, trouble du sommeil persistant, ruminations anxieuses quotidiennes, perte d'autonomie et de repères, idéation suicidaire fluctuante) et estimait que l'intensité de ces symptômes empêchait la moindre initiative ou activité ; elle concluait à une totale incapacité de travail depuis janvier 2009 ; - le 25 mai 2010, le Dr D_____ a confirmé une totale incapacité de travail et fait état d'un état de santé stationnaire ; il a mentionné à titre de limitations fonctionnelles le fait de devoir aller quasiment toutes les heures aux toilettes ; - le 23 juin 2010, le Dr F_____ a indiqué que, depuis décembre 2009, la situation du point de vue digestif pouvait être considérée sinon comme optimale, au moins comme relativement bien contrôlée par le traitement ; par contre, sa patiente continuait à souffrir d'un état dépressif majeur, ainsi que de douleurs articulaires multiples et de vertiges ; en résumé, la situation digestive semblait plutôt contrôlée et ne justifiait pas d'incapacité de travail, sans que l'on puisse exclure une nouvelle poussée dans le futur ; l'état dépressif était au premier plan. 6. Une première expertise bidisciplinaire (rhumatologique et psychiatrique) a été confiée au Bureau romand d'expertises médicales (BREM) par l'assureur perte de gain de l'intéressée. Les docteurs H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont rendu leur rapport en date du 19 novembre 2010. Les experts ont relevé qu'il fallait différencier deux problématiques : l'une douloureuse, l'autre digestive. Les douleurs, ubiquitaires et permanentes, évoluaient depuis janvier 2009, suite à un accident banal. Elles avaient été amplement investiguées et avaient fait l'objet d'un suivi régulier qui n'avait jamais mis en évidence de substrat, aussi bien au plan clinique que radiologique ou paraclinique. Les experts ont relevé que le hiatus entre les plaintes et leurs constatations objectives persistait. Pour leur part, ils n'ont retenu aucun critère pour un rhumatisme inflammatoire, une maladie osseuse, métabolique, endocrinienne ou encore une atteinte infiltrative ou neuromusculaire. Ils n'ont relevé que de discrets troubles dégénératifs discaux en L5-S1, habituels chez un assuré de l'âge de l'expertisée. Les troubles digestifs étaient en relation avec une RCUH. Les experts ont constaté l'existence d'un substrat évident, tout en soulignant qu'il existait également un phénomène d'amplification des symptômes digestifs. Ils ont relevé que le gastro-entérologue n'avait pour sa part pas signifié d'incapacité de travail. Vu la persistance des signes inflammatoires

localement, les experts ont admis que la maladie restait active, mais ont relevé avoir observé l'assurée à deux reprises durant plusieurs heures d'affilée sans constater de gêne particulière à ce niveau ; qui plus est, l'assurée avait pu faire le trajet depuis Genève sans devoir s'arrêter. En définitive, ont été retenus comme diagnostics : une RCUH et un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique depuis 2009. Ont également été mentionnés un trouble douloureux irréductible et un status après contusion lombosacrée en 2009, sans répercussion sur la capacité de travail. L'ancienne activité d'aide de restaurant n'était pas exigible à plein temps, en raison des horaires irréguliers, pas plus que l'activité de nettoyeuse à plein temps. Ont été retenues comme limitations au plan physique : le fait de devoir éviter les horaires irréguliers, les repas à l'extérieur, l'obligation de se ménager des temps de pause (pour les traitements locaux à appliquer par voie rectale) ; au niveau psychique et mental : une baisse d'énergie et de la motivation en général. Les troubles physiques avaient entraîné une incapacité de 20% d'avril 2009 à octobre 2010, puis de 40%. Sur le plan psychique, les experts ont estimé que la présence d'un syndrome dépressif durable depuis près de deux ans, même non sévère, était susceptible de diminuer le rendement, et cela dans toute activité, car les limitations étaient générales (baisse de l'énergie disponible et de la motivation imputable à la dépression) et non liées à un milieu professionnel donné. La baisse du rendement pouvait être assimilée à une incapacité de travail de l'ordre de 40% depuis août 2009 (date d'un rapport du Dr D_____ faisant état d'un état dépressif sévère). En définitive, les experts ont admis une incapacité de travail de 40% dans toute activité à compter d'octobre 2010, à réévaluer dans un délai de six mois : une incapacité de 20% a été reconnue dès avril 2009, de 40% dès août 2009 et de 50% depuis octobre 2010, en tenant compte d'un facteur cumulatif entre l'affection somatique non stabilisée au plan digestif et l'affection psychiatrique associée, dans toute activité.

7. Ce rapport d'expertise a été soumis au Service médical régional de l'AI (SMR) qui a émis l'avis que « ses conclusions n'étaient pas compréhensibles », le Dr L_____ estimant quant à lui qu'au vu des éléments objectifs relevés, on ne pouvait « que conclure à une capacité de travail entière dans toute activité, théoriquement depuis toujours ».

8. Par courrier du 13 janvier 2011, la Dresse H_____ a expliqué au SMR que s'ils avaient admis que l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique jouait un rôle sur la capacité de travail - alors qu'un épisode dépressif moyen, en soi, n'est pas forcément invalidant -, c'était parce que l'atteinte psychiatrique se cumulait à une RCUH en phase d'activité. Bien que le gastro-entérologue n'ait pas noté d'incapacité initialement, il avait par la suite reconnu une aggravation au plan digestif (l'expert a précisé avoir eu confirmation de cette aggravation par le gastro-entérologue, lequel envisageait un traitement de fond et avait dit rejoindre l'évaluation des experts de la capacité de travail en tous points de vue). Les experts ont réaffirmé que l'ancienne activité exercée au restaurant ne pouvait être exigée à plein temps en raison des horaires irréguliers et qu'il en allait de même de l'activité de nettoyeuse. Selon eux, l'incapacité de travail avait été de 20% dès avril 2009, puis de 40% dès août 2009, puis de 50% dès octobre 2010, en tenant compte d'un facteur cumulatif entre l'affection somatique non stabilisée au plan digestif et l'affection psychiatrique associée, dans toute activité, étant rappelé qu'une réévaluation à six mois était préconisée.

9. Le 15 mars 2011, le Dr D_____ a continué à attester d'une totale incapacité de travail.

10. Dans un bref rapport du 11 mars 2011, le psychiatre traitant a quant à lui fait état d'une aggravation consistant en une péjoration de la symptomatologie dépressive, avec une augmentation de la passivité

(confirmé le 16 août 2011).

11. Le 21 mars 2011, le Dr F_____ a confirmé

que l'évolution, du point de vue digestif, avait été peu favorable depuis décembre 2009 : depuis une année, plusieurs poussées de maladie inflammatoire s'étaient produites (douleurs abdominales plus intenses, transit intestinal plus accéléré et douleurs à l'exonération très marquées). Le médecin a préconisé un traitement d'immunosuppresseurs. Au vu de la recrudescence de la maladie inflammatoire, des douleurs articulaires et musculaires, de l'état dépressif et des difficultés importantes rencontrées par l'assurée dans sa situation familiale, il a émis l'avis qu'aucune activité professionnelle ne pouvait être actuellement envisagée.

12. Le 29 août 2011, le Dr F_____ a indiqué que, sous traitement immunosuppresseur, la situation s'était discrètement améliorée du point de vue digestif (diminution discrète des douleurs abdominales et stabilisation du transit, qui restait cependant accéléré [quatre selles par jour]). Le médecin a répété qu'au vu de l'état dépressif, des douleurs ostéo-articulaires et musculaires importantes et invalidantes, de l'état de fatigue de l'assurée et de la maladie inflammatoire chronique, il lui semblait impossible d'envisager la reprise d'une activité professionnelle.

13. Les mêmes experts du BREM ont été sollicités une nouvelle fois en 2012, par l'OAI. Ils ont rendu leur rapport en date du 15 mars 2012. Les experts ont relevé que tous les médecins traitants avaient retenu durant l'année 2011 une incapacité de travail totale, cumulant visiblement les atteintes somatiques et psychiques. Depuis l'introduction du traitement immunosuppresseur en mai 2011, une amélioration s'était produite. Par ailleurs, il n'y avait pas eu de manifestation rhumatismale inflammatoire au cours des trois dernières années permettant d'évoquer un rhumatisme associé à l'entérocolopathie, que ce soit cliniquement ou à l'analyse de scintigraphies osseuses. Les investigations n'avaient pas permis de retenir de lésion objective ou de maladie chronique rhumatismale en novembre 2010. Les experts n'avaient pas retenu non plus de critère pour un rhumatisme inflammatoire, ce qui avait été discuté avec le rhumatologue traitant. Il a été précisé que l'étendue de l'allodynie dépassait les territoires anatomiques des articulations et ne correspondait pas aux critères d'un rhumatisme inflammatoire en relation avec la maladie digestive, puisque les examens complémentaires (scintigraphies et radiographies) étaient négatifs. Des éléments de discordance, des phénomènes d'amplification avec des signes et symptômes de Waddell persistaient, offrant un tableau semblable au précédent examen, réunissant tous les points positifs pour une fibromyalgie d'accompagnement, mais dépassant anatomiquement les territoires des points d'insertion. Il a été relevé que l'assurée avait admis ne pas être aussi impotente que lors de la première expertise et pouvoir envisager un travail à 50%, voire plus, tout en craignant de futures décompensations de sa maladie digestive. Sur la base de la stabilité des derniers mois et de l'amélioration de la maladie digestive, les experts ont estimé que la capacité de travail au plan somatique n'était pas diminuée par rapport à leur précédente expertise, au contraire, puisque l'affection digestive avait bien répondu au traitement. Sur le plan somatique, ils ont admis une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 20%, qui a été intégrée à l'incapacité de travail psychiatrique et ce, à partir de l'été 2011 au moins. Les experts ont expliqué avoir tenu compte d'une rechute récente, localisée, de la maladie inflammatoire du côlon, pour laquelle le gastroentérologue avait prévu quelques modifications thérapeutiques, mais n'avoir pas encore suffisamment d'arguments pour évoquer un échappement thérapeutique ou une aggravation significative pour modifier leur appréciation. Sur le plan psychique, les experts ont estimé qu'il n'y avait pas d'évidence que l'état clinique se soit modifié de manière significative depuis leur précédent examen : les symptômes subjectifs étaient à peu près superposables, si ce n'est que l'expertisée décrivait une existence moins cloîtrée et plus

sociale qu'en 2010. Ils ont conclu à une dépression de gravité moyenne, probablement sans syndrome somatique, avec quelques éléments d'ordre anxieux, mais sans autres arguments pour un trouble anxieux spécifique. Quant au diagnostic de personnalité dépendante parfois évoqué au fil du dossier, les experts ont indiqué ne pas avoir d'évidence flagrante d'une pathologie de la personnalité, malgré un comportement dépendant vis-à-vis de l'entourage, qui pourrait tout aussi bien correspondre à une adaptation à la situation qu'à un trait de personnalité pathologique. L'élément diagnostique central d'un trouble de la personnalité (présence de problèmes relationnels, émotionnels ou comportementaux à répétition depuis l'âge adulte) n'était pas présent en l'occurrence. En résumé, le tableau clinique comprenait des douleurs cliniques que partiellement expliquées par les atteintes objectives apparues dans un contexte psychosocial difficile, de sorte que la question du diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant se posait. Ce diagnostic a néanmoins été écarté en raison du fait que les douleurs somatoformes persistaient alors que, selon l'assurée elle-même, le contexte psychosocial s'était apaisé. Par ailleurs, le tableau douloureux s'inscrivait dans le contexte d'un trouble dépressif, ce qui contre-indiquait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. En conclusion, status et diagnostics étaient inchangés par rapport à la précédente expertise et il n'y avait pas d'argument pour modifier l'appréciation de la capacité de travail. Les experts ont donc confirmé une capacité de 50% dans toute activité, y compris l'activité légère recommandée du point de vue physique. 14. Le 2 octobre 2012, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2010. 15. Le 16 octobre 2012, le Dr D_____ a fait part de son incompréhension face à ce projet, alléguant que sa patiente devait se rendre plus de dix fois par jour aux toilettes en urgence, n'osait plus sortir de chez elle de peur de se retrouver dans une situation délicate et souffrait par ailleurs de douleurs au niveau des mains (arthrite), rendant difficiles les mouvements fins et impossibles tous les efforts en flexion des doigts. Le médecin en a tiré la conclusion que la capacité de travail de sa patiente était nulle, quelle que soit la profession envisagée. 16. Par décision formelle du 19 décembre 2013, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1^{er} avril 2010. L'OAI a admis que la capacité de travail de l'assurée avait été considérablement restreinte depuis le 7 janvier 2009. Néanmoins, il a estimé qu'à l'issue du délai d'attente, soit le 7 janvier 2010, l'incapacité de travail n'était que de 50%, quelle que soit l'activité envisagée. Pour le reste, l'OAI a rappelé que le droit à la rente ne pouvait naître que six mois après le dépôt de la demande, lequel remontait au 2 octobre 2009. 17. Par écriture du 3 février 2014, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en demandant préalablement la mise sur pied d'une expertise judiciaire et, quant au fond, à ce que lui soit reconnu le droit à une rente entière à compter du 1^{er} avril 2010. En substance, la recourante reproche aux expertises sur lesquelles s'est basé l'intimé d'avoir été rendues sans que soit consulté son psychiatre-traitant, sur la base d'un seul entretien et en négligeant l'angle gastroentérologique. Par ailleurs, elle fait valoir qu'avant son accident, elle travaillait à 125% et en tire la conclusion que, puisqu'une capacité de travail de 50% lui est reconnue, sa perte de gain s'élève, elle, à 60%, ce qui lui ouvre droit à un trois-quarts de rente, à tout le moins. 18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 4 mars 2014, a conclu au rejet du recours en se référant aux expertises effectuées en novembre 2010 et mars 2012. S'agissant plus particulièrement de la seconde, l'intimé fait remarquer que la durée de l'entretien entre l'expert et l'assurée n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence comme déterminant, s'agissant de la valeur

probante. Quant au grief selon lequel les aspects gastroentérologiques n'auraient pas fait l'objet d'un examen par un spécialiste, l'intimé relève que la Dresse H_____ est spécialiste FMH non seulement en rhumatologie mais également en médecine interne, spécialité médicale s'intéressant aux maladies de l'adulte et impliquant généralement plusieurs disciplines, notamment la gastroentérologie, avec une prédilection pour les maladies systémiques et auto-immunes comme celles dont souffre l'assurée en l'occurrence. Il en tire la conclusion que la Dresse H_____ avait la compétence de procéder à l'expertise de l'assurée. 19. La recourante a répliqué le 4 avril 2014. [endif]> [if> Elle persiste à penser que la Dresse H_____ n'avait pas les compétences pour se prononcer sur l'aspect gastroentérologique de son atteinte. 20. Entendu par la Cour de céans en date du 5 juin 2014, le Dr D_____, qui suit l'assurée depuis janvier 2009, a expliqué l'avoir adressée en février 2009 à un spécialiste en gastroentérologie qui, en mars 2009, a retenu le diagnostic de recto-colite. [endif]> [if> Le témoin a expliqué que, dans 40 à 50% des cas, cette maladie s'accompagne d'une atteinte inflammatoire articulaire, qui se manifeste, chez l'assurée, aux niveaux des pieds, des mains, des hanches et des genoux, raison pour laquelle l'assurée doit également être suivie par un rhumatologue. Le médecin a souligné la nécessité de guérir la maladie inflammatoire intestinale - atteinte primaire - pour pouvoir envisager une amélioration sur le plan articulaire. Malheureusement, chez l'assurée, le traitement instauré par le spécialiste s'est révélé sans effet, ce qui a pour conséquence que le médecin est également démuni sur le plan rhumatologique. Les derniers examens ont montré que la maladie est très active. Or, ce type d'atteinte réagit difficilement aux traitements. C'est ainsi que l'assurée doit se voir proposé un nouveau traitement, les précédents n'ayant pas été couronnés de succès. Le Dr D_____ a indiqué ne pas partager les conclusions du rapport d'expertise. Selon lui, un élément majeur n'a pas été pris en compte : le fait que, chez les personnes atteintes de ce type de maladie, des diarrhées intempestives et non prévisibles se manifestent dix à quinze fois par jour, ce qui leur est très difficile à gérer. Le moindre stress peut avoir des conséquences catastrophiques, ce qui entraîne chez le patient une véritable « terreur » et un repli social important. Tout à fait concrètement, il est difficile à l'assurée de gérer ses sorties. Il s'agit donc là d'un handicap majeur, qui a totalement été passé sous silence dans l'expertise, alors qu'il devrait être pris en compte pour déterminer en quoi peut consister une activité adaptée : cette atteinte implique la proximité de toilettes (dix à quinze mètres), le fait de pouvoir éviter d'être en contact avec une clientèle et de pouvoir se changer plusieurs fois par jour. Le médecin a par ailleurs émis l'avis que l'atteinte aux mains n'avait pas été suffisamment intégrée à la discussion : si les atteintes articulaires ont certes été évoquées, elles lui semblent avoir été minimisées à ce niveau-là. En effet, la description d'une activité adaptée doit tenir compte du fait que l'assurée ne peut utiliser ses mains de manière répétitive ou en force et qu'elle est également handicapée en termes de motricité fine. 21. Entendue en comparution personnelle le même jour, la recourante, interrogée sur le fait qu'elle puisse malgré tout effectuer dès le 5 juin 2014 des voyages au Portugal et prendre les transports publics, a expliqué que cela lui est difficile mais qu'elle y arrive parce qu'en avion, les toilettes se trouvent à proximité ou parce qu'elle porte deux culottes afin de faire face aux accidents qui pourraient se produire lorsqu'elle doit sortir de chez elle. Néanmoins, cela n'empêche pas la survenue de « catastrophes » et il lui faut alors, une fois arrivée chez elle, se changer et se laver. [endif]> [if> 22. Interrogés par écrit, après consultation des parties, les autres médecins de l'assurée se sont également exprimés. [endif]> [if> 23. La Dresse G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie, a répondu en date du 14 juillet 2014.![endif]>![if> Ce médecin explique que sa patiente souffre d'une pathologie chronique mixte dépressive et somatique, ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis le 24 mars 2010 et que son état s'est progressivement aggravé, malgré les mesures thérapeutiques. Les pathologies rhumatologiques et gastroentérologiques dont elle est atteinte simultanément influent négativement sur son état psychique déjà précaire et entretiennent la symptomatologie dépressive. Le médecin a décrit sa patiente comme souffrant d'une grande passivité, d'une asthénie, de troubles de la concentration, d'une perte de l'élan vital, d'anxiété paroxystique, d'un isolement socioaffectif important, d'un repli sur soi, de troubles du sommeil récurrents, de douleurs chroniques invalidantes et réduisant son paramètre d'activité, sans évolution favorable. La Dresse G_____ a émis l'avis que l'état de santé de l'assurée, tant psychique que physique, est incompatible avec toute activité professionnelle, quelle qu'elle soit, car aucune profession ne lui semble adaptée aux limitations imposées par l'état de santé de la patiente. Qui plus est, la conjonction des atteintes somatiques rend le traitement de la maladie psychiatrique extrêmement difficile. Ont été énoncées à titre de limitations fonctionnelles : les « contraintes physiques rhumatologiques, gastroentérologiques, psychiques ». Selon le médecin, si son évaluation diffère de celle des experts, c'est en raison du fait qu'il suit l'assurée depuis plusieurs années. 24. Le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a répondu par courrier du 29 juillet 2014.![endif]>![if> Il explique avoir suivi l'assurée du 20 avril au 9 octobre 2012, en remplacement de la Dresse G_____, absente durant cette période. Il conclut à une psychopathologie grave et chronique avec incapacité de travail à 100%. S'il n'a plus examiné l'assurée depuis octobre 2012, il précise qu'à l'époque, on pouvait s'attendre à une évolution défavorable chronique, avec un pronostic sombre. En effet, l'assurée souffrait de symptômes anxieux et dépressifs qui, conjugués aux comorbidités somatiques, paraissaient incompatibles avec l'exercice d'une activité professionnelle. Il en allait de même des symptômes anxieux et dépressifs. Le médecin a conclu que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis au moins 2009 et ce, pour une durée indéterminée. 25. Le Dr. F_____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en gastroentérologie et hépatologie, qui suit l'assurée depuis octobre 2009, s'est exprimé le 18 août 2014.![endif]>![if> Il conclut à une recto-colite ulcéro hémorragique avec atteinte distale et explique que si, initialement, la situation a pu être relativement bien contrôlée par un traitement simple, depuis le printemps 2010, sa patiente a présenté plusieurs poussées de sa maladie, avec des douleurs abdominales importantes et des diarrhées. Celles-ci ont dans un premier temps pu être contrôlées par l'augmentation des doses médicamenteuses mais les médicaments sont devenus progressivement insuffisants, de telle manière qu'il a été nécessaire d'administrer, durant l'automne 2010, un traitement de cortisone, suite à une poussée plus importante de la maladie. Au vu de cette évolution défavorable, un traitement de fond plus important a été nécessaire (immunosuppresseurs introduits en mai 2011) pour tenter une stabilisation ; cela s'est traduit par une amélioration clinique, mais l'évolution globale ne peut être considérée comme optimale : persistent en effet des douleurs abdominales (néanmoins moins fréquentes et moins intenses) et, surtout, un transit intestinal très irrégulier, souvent accéléré, avec des diarrhées et des besoins impérieux très invalidants. S'y ajoutent des épigastralgies et un reflux gastro-œsophagien nécessitant un traitement par inhibiteur de la pompe à protons. Le médecin en tire la conclusion que l'incapacité de travail est totale en raison de la colite non contrôlée (surtout des besoins impérieux imprévisibles nécessitant la proximité de toilettes), d'une importante fatigue nécessitant de fréquentes périodes de repos

(rendant même les occupations domestiques difficiles), de la spondylarthrite, des douleurs ostéo-articulaires et musculaires qui rendent la mobilité et les mouvements pénibles et de l'état psychique. 26. L'intimé, par écriture du 22 septembre 2014, a persisté dans ses conclusions en se référant à un avis de son service médical régional (SMR) du 9 septembre 2014 : le SMR relève que le Dr F _____ s'est prononcé sur des aspects médicaux n'entrant pas dans son champ de compétence et ajoute qu'au vue de l'amélioration de l'état de santé constatée sur le plan gastroentérologique, rien ne s'opposerait à ce que l'assurée travaille à 50%. ![/endif]>![if> Quant au Dr J _____, il lui reproche de ne pas avoir donné de status détaillé et s'étonne, au vu des deux expertises superposables, de l'aggravation de l'état psychique invoquée par le Dr J _____, d'ailleurs non étayée par des éléments objectifs. S'agissant de la Dresse G _____, le SMR relève que ses réponses ne reposent que sur les dires de l'assurée, qu'elle ne précise pas à quelle période a été observé le tableau catastrophique dépeint, qu'elle le prononce en tenant compte d'affections somatiques qui ne sont pas de son ressort et semble ignorer que, sur le plan gastroentérologique, l'état de la santé s'est notoirement amélioré. En définitive, le SMR estime que l'évaluation des médecins traitants s'inscrit dans un « contexte bio-psycho-social ». 27. Par écriture du 22 septembre 2014, la recourante a persisté à réclamer la mise sur pied d'une expertise judiciaire.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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).![endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). ![endif]>![if> La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.![endif]>![if> 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les atteintes à la santé de la recourante entraînent une perte de gain susceptible de lui ouvrir droit à plus d'une demi-rente d'invalidité.![endif]>![if> 5. 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 l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). ![endif]>![if> 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 6. 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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). 7. Lorsque en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). 7. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. 8. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 8. 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. 9. 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 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 9. La recourante fait grief à l'administration d'avoir fondé son appréciation de sa capacité de travail sur les rapports d'expertise du BREM, dont elle conteste la valeur probante au motif qu'elle n'aurait été reçue qu'à un entretien la seconde fois, et que la Dresse H_____ n'avait pas les compétences pour se prononcer sur l'atteinte gastroentérologique. La Cour de céans ne saurait suivre l'argumentation de la recourante pour les motifs suivants. Tout d'abord, les rapports d'expertise des Drs H_____ et I_____ se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante, des examens complémentaires et relatent les plaintes de l'intéressée. Ils ont été établis en pleine connaissance du dossier et leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradictions. Il y a donc lieu de leur reconnaître pleine valeur probante. Ainsi que le fait remarquer l'intimé, la durée de l'entretien entre un expert et l'assurée n'est pas un critère reconnu par la jurisprudence comme déterminant en la matière. Par ailleurs, le fait que la Dresse H_____ ne soit pas spécialiste en gastroentérologie ne lui interdit pas de se prononcer sur les conséquences de l'atteinte dont le diagnostic n'est au demeurant pas contesté. Il ne s'agit pas ici de proposer un traitement adéquat mais simplement d'évaluer en termes de capacité de travail, les conséquences de l'atteinte digestive. Les griefs de la recourante à cet égard ne sauraient donc être retenus. Quant aux conclusions des experts, aucun élément objectif ne permet de s'en écarter. L'argument du Dr D_____, selon lequel la recourante souffrirait de diarrhées intempestives et non prévisibles se manifestant dix à quinze fois par jour n'est pas corroboré par les éléments de fait. A cet égard, on relèvera que le médecin traitant concluait déjà à une totale incapacité de travail en octobre 2009 pour raisons uniquement digestives alors qu'à la même époque, ni le Dr E_____ ni le Dr K_____ ne concluaient à une incapacité de travail sur ce plan. En août 2011 - date à laquelle le Dr D_____ continuait à conclure à une totale incapacité pour raisons uniquement digestives -, le Dr F_____

indiquait que celles-ci s'élevaient à 4 fois par jour (et non 10-15). Cette divergence s'explique sans doute par l'amplification des plaintes relevée par les experts à plusieurs reprises. Au demeurant, les experts n'ont pas contesté que l'exigence de la proximité de toilettes compte au nombre des limitations à prendre en considération. Quant à l'atteinte aux mains soulignée par le Dr D_____ en audience, force est de constater qu'elle n'a été évoquée pour la première fois qu'en procédure de recours. Quoi qu'il en soit, l'activité légère préconisée par les experts semble compatible avec l'exigence d'éviter le travail en force et les exercices de motricité fine. Quant au Dr F_____, il convient de relever que ce n'est que sur le tard qu'il a retenu une totale incapacité de travail, qu'il justifie par l'ensemble des atteintes de la recourante, aussi bien digestives que psychiques, rhumatologiques ou encore par le contexte social. Enfin, la Dresse G_____ reste vague quant aux limitations psychiques et n'explique pas pourquoi aucune activité ne serait envisageable. De même, son confrère, le Dr J_____ (qui a suivi l'assurée du 20 avril au 9 octobre 2012, en remplacement de la Dresse G_____) ne se montre pas plus convaincant quand il se contente de conclure à une « psychopathologie grave et chronique avec incapacité de travail à 100% », sans donner d'autres précisions quant aux diagnostics retenus et aux limitations y relatives. Eu égard à ces considérations, la Cour de céans considère qu'il n'existe aucun élément objectif permettant de douter du bien-fondé des expertises des Drs H_____ et I_____. Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire, d'autant que les atteintes sont clairement établies. Il y a donc lieu de retenir, avec les experts, une capacité de 50% dans une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les horaires irréguliers, les repas à l'extérieur, permettant des temps de pause, prenant en compte les raisons physiques et psychiques cumulées, étant rappelé que, selon les experts, il n'y a pas de facteur justifiant d'additionner de manière mathématique les causes psychiques et physiques, comme l'ont manifestement fait les médecins traitants. 10. Il convient à présent de se prononcer sur le taux d'invalidité retenu par l'intimé, lequel s'est contenté de conclure que le degré d'incapacité se confondait avec le degré d'invalidité.!

[endif]>![if> a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF

126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 la santé. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87). b) Le début du droit aux prestations n'étant pas contesté, il n'y a pas lieu d'y revenir. c) En l'espèce, la recourante a réalisé, en 2008, un revenu total de CHF 59'370.- (CHF 11'270.- à titre accessoire selon l'extrait de compte AVS + CHF 48'100.- à titre principal, selon son contrat de travail et les autres indications ressortant du dossier). Ainsi que le fait valoir à juste titre la recourante, on ne saurait se dispenser ici d'un calcul du degré d'invalidité puisqu'elle travaillait à plus de 100% avant l'atteinte à sa santé. En effet, en concluant à une capacité de travail réduite de 50%, les experts se sont manifestement prononcés de manière générale, soit par rapport à un plein temps normal. S'agissant du revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS), d'autant que les experts ont indiqué que l'activité habituelle auprès du restaurant était contre-indiquée en raison des horaires irréguliers. Ainsi que cela a été dit supra, l'assurée pourrait exercer à 50% une activité adaptée. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers et correspondant aux limitations fonctionnelles retenues. Selon les données de l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'116.- par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures; pour 2008 : La Vie économique, 6-2013 p. 90, table B 9.2). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,6 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2008, de CHF 51'368.-. Il paraît justifier d'y appliquer une réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte des difficultés de la recourante à trouver un environnement adapté. Cela conduit à un revenu de CHF 46'231, soit, à 50%, CHF 23'116.-. Ce montant, comparé à celui de CHF 59'370.- obtenu en 2008 par la recourante, conduit à un degré d'invalidité de 61%, suffisant pour ouvrir droit à un trois-quarts de rente. Sur ce point, le recours est donc partiellement admis. 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.