

GE_GERICHTE A/3546/2010 vom 31. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3546_2010

FR: GE_GERICHTE A/3546/2010 du 31 mai 2011

IT: GE_GERICHTE A/3546/2010 del 31 maggio 2011

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame C _____, domiciliée aux Avanchets, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Corinne NERFIN recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame C _____, née en 1950, a commencé à travailler comme aide-hospitalière à l'âge de 16 ans. Elle a ensuite exercé comme aide-infirmière, aide-laborantine puis a travaillé dans la restauration, en tant que sommelière, puis cheffe de service. En 1996, elle a à nouveau changé d'orientation et a exercé comme secrétaire. En 2007, son salaire s'est élevé à 4'000 fr. par mois pour un taux d'activité de 80%. A compter de 2007, l'assurée s'est plainte de douleurs au niveau des lombaires. Le 4 puis le 12 décembre 2007, elle a été opérée (sténose du récessus latéral et petite hernie en L5-S1). Le 18 décembre 2007, une imagerie par résonance magnétique (IRM) a montré une inflammation importante et depuis lors, les douleurs n'ont pas cessé aux dires de l'assurée, qui n'a pu reprendre son travail. Le 14 mai 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI). Le 19 août 2008, le Dr L _____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a rédigé à l'intention de l'OAI un rapport. Il y retenait les diagnostics de lombalgies sévères chronifiées et cervico-discarthrose. Le médecin attestait d'une totale incapacité de travail depuis le 4 décembre 2007 et a émis l'avis que ce serait probablement définitif puisque l'assurée ne pouvait faire d'efforts ni rester en position statique. Le Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne, a rendu à son tour un rapport le 22 août 2008, dans lequel il a retenu le diagnostic de syndrome radiculaire L5-S1 droit, hyperalgique depuis 2007. Le médecin a également évoqué des cervicobrachialgies bilatérales, dont il a néanmoins précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr M _____ a dit avoir constaté une mobilisation du rachis lombaire très douloureuse, une hypoesthésie L5-S1 droite distale et un lâchage régulier des deux genoux lors du testing musculaire, sans véritable paralysie. Il a conclu à une incapacité totale de travail depuis le 4 décembre 2007, expliquant que l'assurée était incapable de rester assise ou debout en raison de lombosciatalgies importantes. Reçue par un collaborateur de l'OAI le 29 août 2008, l'assurée a expliqué ressentir à la marche des douleurs au niveau des hanches, des genoux, des fesses et de la jambe. Elle a ajouté ne pouvoir rester debout et a expliqué que différentes tentatives de reprise du travail à 50 % avaient échoué car elle ne pouvait rester assise longtemps non plus. L'assurée a dès lors été adressée par l'OAI du Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, qui a rendu son rapport en date du 5 février 2009 sur la base de l'examen clinique de l'assurée et de l'étude du dossier mis à sa disposition. L'expert a relevé dix-huit points douloureux de fibromyalgie sur dix-huit. Il a conclu à des lombalgies chroniques suite à une double intervention pour hernie discale L5-S1 et fibrose post-opératoire entourant la racine S1 droite depuis 2007 et à des

cervicalgies chroniques sur une hernie discale C4-C5 depuis 2008. Il y a ajouté le diagnostic de fibromyalgie depuis 2008, dont il a précisé qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a conclu à une capacité de travail de 50% dans le poste exercé, préconisant de ne soulever ni porter des charges de plus de cinq kg, de ne pas rester debout plus de 45 mn, de changer régulièrement de position et d'éviter les flexions du rachis. A également été versé au dossier le rapport d'expertise rendu le 24 février 2009 par les Drs O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et P _____, spécialiste FMH en rhumatologie, sur la base de l'examen clinique de l'assurée et de l'étude du dossier mis à leur disposition. Les médecins ont relaté que l'assurée se plaignait essentiellement de douleurs dans le rachis, exacerbées en position assise ou debout après une dizaine de minutes. L'intolérance à la position assise prolongée avait conduit la tentative de reprise du travail à l'échec. Sur le plan somatique, les experts ont relevé que les plaintes étaient très diffuses et décrites de manière très imagée. Ils ont constaté la présence de douze points de fibromyalgie positifs sur dix-huit, mais souligné que le tableau de fibromyalgie n'était pas au premier plan et que l'on se trouvait plutôt dans un tableau clinique de douleurs persistantes après une intervention chirurgicale. En effet, le dernier examen radiologique montrait une compression de la racine S1 droite. Les experts ont finalement retenu le diagnostic de syndrome douloureux chronique du rachis post-opération de hernie discale. Sur le plan psychique, les symptômes dépressifs se sont révélés insuffisants en durée, intensité et nombre pour justifier que le diagnostic d'épisode dépressif ou même celui de dysthymie soit retenu. Eu égard au tableau douloureux relativement important, à l'attitude démonstrative de l'assurée, aux inconsistances de l'anamnèse, au statut somatique et à l'absence de signes neurologiques, les médecins ont conclu à un trouble somatoforme douloureux persistant sans comorbidité psychique associée, relevant par ailleurs que le réseau social était conservé. En définitive, c'est une capacité de travail de 100% dans l'emploi de secrétaire qui a été retenue, à condition que l'assurée puisse se lever tous les trois quarts d'heure au moins. Il a été procédé à une enquête économique sur le ménage en date du 21 juillet 2009. A l'issue de cette enquête, c'est un degré d'empêchement de 33,4 % qui a été retenu dans la sphère ménagère. Le 11 septembre 2009, le Dr M _____ a fait état d'une tentative infructueuse de reprise du travail à 25 % le 17 juin 2009, tentative dont il a indiqué qu'elle s'était traduite par de violentes douleurs. Dans un courrier adressé le 10 novembre 2009 au Dr M _____, le Dr L _____ a émis l'avis que l'incapacité de travail était clairement de 100% et ce, de manière définitive, au vu des lésions radiologiquement confirmées, aussi bien cervicales que lombaires, lésions qu'il a qualifiées de "tout à fait sérieuses". L'assurée a alors été adressée par l'OAI au SMR pour un nouvel examen bidisciplinaire confié au Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et au Dr R _____ « spécialiste FMH » en psychiatrie et psychothérapie. Les diagnostics retenus ont été les suivants : lombosciatalgies droites dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec status après deux cures de hernie discale compliquée d'une fibrose post-opératoire entourant la racine, cervico-brachialgies bilatérales et dorsalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale. Ont également été mentionnés : une discrète coxarthrose bilatérale et une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. Les limitations fonctionnelles retenues ont été les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure position assise et position debout, éviter le soulèvement régulier de charges supérieures à cinq kg, l'exposition à des vibrations, la position en porte-à-faux statique prolongée du tronc ou en flexion-extension répétée de la nuque, les rotations rapides de la

tête, la position prolongée en flexion ou extension de la nuque, l'élévation ou l'abduction des épaules à plus de 60°. En revanche, aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue sur le plan psychique. Sur le plan somatique, l'incapacité de travail a été évaluée à 100% de décembre 2007 à février 2009, date à laquelle les experts l'ont évaluée à 50% dans l'activité habituelle de secrétaire, ainsi que dans toute autre activité adaptée. Le 8 mars 2010, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître le droit à une rente d'invalidité du 1er décembre 2008 au 30 avril 2009. Par courrier du 16 mars 2010, l'assurée a contesté cette position. Elle a complété son « opposition » par écriture du 21 avril 2010. Son dossier a été soumis une nouvelle fois au SMR, plus particulièrement au Dr S_____ qui, en date du 4 juin 2010, a émis l'avis que les limitations fonctionnelles retenues étaient compatibles avec l'exercice d'une activité de secrétariat à mi-temps, ou toute autre activité adaptée. Il a relevé que le SMR n'avait jamais retenu le diagnostic de fibromyalgie, a assuré que toutes les lésions radiologiques avaient été prises en compte dans le cadre de son appréciation et a relevé que l'examen clinique du SMR du 18 janvier 2010 était superposable aux expertises précédemment rendues. Le 14 juin 2010, l'assurée a produit un rapport établi le 28 mai 2010 par le Dr T_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine du sport, qui s'étonnait, au vu des multiples limitations fonctionnelles retenues par le SMR, de ce que l'on puisse espérer de sa patiente qu'elle retrouve une activité de 50%. Pour le reste, il a indiqué qu'une composante de type fibromyalgie participait très probablement au tableau clinique. Par décision du 24 septembre 2010, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 87% limitée dans le temps à la période du 1er décembre 2008 au 30 avril 2009. L'OAI a constaté que l'assurée, qui exerçait auparavant son activité à raison de 80%, avait été dans l'incapacité de travailler. A cet égard, l'OAI s'est référé aux incapacités de travail retenues par son service médical : 100% à compter du 4 décembre 2007, 50% dès le mois de février 2009. Se basant sur le rapport établi suite à l'enquête économique sur le ménage, qui concluait à un empêchement de 33,4%, l'OAI a évalué le degré d'invalidité global à 86,68% arrondis à 87% (80% [100% d'incapacité dans la sphère lucrative de 80%] + 6,68% [33,4% d'empêchement dans la sphère ménagère de 20%]). L'OAI s'est ensuite livré à un second calcul concernant la période postérieure au mois de mai 2009, c'est-à-dire trois mois après l'amélioration admise par le SMR en février 2009. Le taux d'invalidité dans la sphère économique a été réduit à 30,40% (empêchement de 38% [obtenu en comparant le revenu de 48'000 fr. qu'aurait réalisé l'assurée chez son employeur et celui de 30'000 fr. qu'elle aurait pu obtenir en travaillant à 50%] dans la sphère lucrative exercée à 80%), ce qui a réduit le degré d'invalidité global à 37,08% arrondis à 37%. Le 18 octobre 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - en concluant à ce qu'une rente entière d'invalidité continue à lui être versée au-delà du 30 avril 2009. La recourante s'étonne que l'OAI conclue à une diminution de son degré d'invalidité alors même qu'il n'y a eu ni traitement ni amélioration de son état de santé ni changement d'aucune sorte en février 2009. Elle en tire la conclusion que la décision de l'OAI est totalement arbitraire. La recourante émet l'hypothèse que la décision de l'OAI est imputable à l'impression d'exagération que la Dresse U_____ a dit avoir ressenti dans son rapport du 13 mars 2009. La recourante relève que le Dr S_____ a reconnu un nombre important de limitations fonctionnelles a donc accordé du crédit aux plaintes rapportées à l'anamnèse. Dès lors, elle s'étonne que l'on puisse exiger d'elle qu'elle retrouve une activité à 50%. La recourante souligne avoir travaillé durant quarante ans et avoir malgré ses douleurs continué à le faire jusqu'en

décembre 2007, date à laquelle elle a dû se résoudre à abandonner son travail, qu'elle aimait beaucoup et dans lequel elle était appréciée. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 9 novembre 2010, a conclu au rejet du recours. Il soutient que les rapports des Drs N_____ du 5 février 2009, du CEMED du 24 février 2009 et du SMR du 18 janvier 2010 doivent se voir reconnaître pleine valeur probante. Par écriture du 13 décembre 2010, la recourante a relevé que les rapports invoqués par l'intimé à l'appui de sa décision font tous état de lombosciatalgies, de cervicobrachialgies bilatérales et dorsalgies et des mêmes limitations fonctionnelles (nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assises et debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, le port régulier de charges de plus de 5 kg, l'exposition à des vibrations, la position en porte-à-faux statique prolongée du tronc, la position en flexion-extension répétée de la nuque, les rotations rapides de la tête ainsi que les positions prolongées en flexion ou extension de la nuque et l'élévation ou l'abduction des épaules à plus de 60°). La recourante relève que Dr L_____ a confirmé que l'existence de lésions radiologiques très sérieuses tant au niveau cervical que lombaire et a conclu à une totale incapacité de travail, tout comme le Dr T_____. Or, ces médecins n'ont jamais été ses médecins traitants. La recourante soutient que les rapports du SMR et du Dr N_____ sont contradictoires dans la mesure où ils concluent à une capacité de travail de 50% alors même qu'ils admettent toutes les limitations fonctionnelles évoquées précédemment et dont elle estime qu'elles ne sont pas compatibles avec les exigences du marché du travail actuel. Elle se déclare par ailleurs choquée de la prise de position du Dr S_____, dont elle estime qu'il se livre à des commentaires dédaigneux et arrogants envers un confrère unanimement reconnu pour ses compétences et souligne que si l'on suit son raisonnement, cela a pour conséquence de ne jamais pouvoir admettre d'incapacité de travail totale, quelle que soit la gravité des limitations fonctionnelles constatées. Enfin, la recourante demande la mise sur pied d'une nouvelle expertise neurologique et rhumatologique. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 13 janvier 2011. Entendu par la Cour de céans, le Dr T_____ a expliqué que plusieurs approches avaient été tentées afin de détendre le système musculaire qui, toutes, se sont soldées par une grosse exacerbation des douleurs et donc, par un échec. Les douleurs sont réactivées au moindre effort. Le témoin a indiqué avoir repris en page 2 de son rapport les éléments indéniables et antécédents de la patiente, dont il a souligné que s'ils peuvent être à l'origine d'une symptomatologie douloureuse, tel n'est pas forcément le cas. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, le témoin a indiqué ne pouvoir se prononcer car cela ne relève pas de sa spécialité. Il a toutefois renvoyé sur ce point aux limitations retenues par le Dr S_____. Le témoin a exprimé l'avis que les plaintes de l'assurée sont authentiques. Enfin, il a fait remarquer que les rapports versés au dossier convergent s'agissant des diagnostics et limitations retenus et ne divergent qu'en ce qui concerne l'appréciation de la capacité de travail et le caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre l'assurée. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent

directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, 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). 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 par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans les formes et délais légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 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 des prestations de l'assurance-invalidité au-delà du 30 avril 2009. La période antérieure n'étant pas litigieuse, il n'y a pas lieu d'y revenir ici. 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). 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). 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). Lorsqu'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). 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. 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). 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 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). La recourante fait grief à l'intimé d'avoir limité l'octroi de rente à avril 2009 alors même que son état ne s'est pas amélioré. Certes, l'état de l'assurée ne paraît pas s'être amélioré. C'est cependant à compter de février 2009 qu'il a été indiqué comme stabilisé et qu'il a pu être établi qu'elle avait théoriquement recouvré une capacité de travail de 50% (expertises du Dr N_____ du 5 février 2009 et expertise bidisciplinaire du 29 février 2009. Quant aux conclusions des expertises en question, force est de constater qu'elles corroborent sur le point que l'assurée dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% au moins dans son activité habituelle (la seconde expertise concluant même à une totale capacité de travail) et que la troisième expertise réalisée par le SMR confirme cette évaluation. Le seul argument avancé par la recourante à l'encontre de ces conclusions est l'avis du Dr L_____ - lequel n'invoque pourtant aucun élément objectif qui aurait été ignoré des différents experts qui se sont prononcés, de sorte qu'il faut conclure qu'il s'agit simplement d'une appréciation différente du cas - et celui du Dr T_____ - qui s'étonne de la capacité résiduelle de travail retenue au vu du nombre de limitations fonctionnelles admises, là encore sans amener aucun élément objectif permettant de mettre en cause les conclusions des experts. Force est de constater que rien ne permet de jeter le doute sur les conclusions convergentes des différentes expertises réalisées, de sorte qu'il y a lieu de retenir que, dans son activité habituelle de secrétaire, la recourante dispose d'une capacité résiduelle de travail de 50% depuis février 2009, date à laquelle son état a pu être considéré comme stabilisé. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé s'agissant de la période postérieure au 30 avril 2009. . 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-quart 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) En l'espèce, ni le revenu avant invalidité ni le degré d'invalidité retenu par l'intimé dans la sphère ménagère ne sont contestés. Il n'y a dès lors pas lieu de s'en écarter. Le revenu avant invalidité s'établit ainsi à 48'000 fr. pour un taux d'occupation de 80%. Quant au revenu après invalidité, il ne peut être purement et simplement fixé à 30'000 fr. compte tenu du fait que l'assurée a été licenciée par son employeur. Il convient de se référer aux salaires statistiques plus particulièrement à l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) 2008 (TA1, secteur des services, niveau 4). En 2008, une femme exerçant à plein temps une activité simple dans le domaine des services (le domaine industriel étant exclu au vu des limitations retenues) pouvait espérer un revenu mensuel de 4'089 fr. en exerçant 40 h./sem., soit 4'253 fr. pour un horaire de 42 h./sem., soit 51'031 fr. par an, c'est-à-dire 25'515 fr. à 50%. Ce montant doit encore être réduit de 20% compt tenu de l'âge de l'assurée en 2008 (58 ans) et du fait qu'elle ne pourra plus exercer qu'à temps partiel, ce qui conduit à un revenu d'invalidité de 20'412 fr., qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 57.5 % dans la sphère professionnelle et à un degré d'invalidité global de 52.68% arrondi à 52,7%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité. Eu égard à ces considérations, il convient de reconnaître à l'assurée le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er mai 2009. Sur ce point, le recours sera donc admis. Il est encore relevé que l'intimé a procédé à une application correcte de l'art. 88a al. 1 RAI. En conséquence, le recours est admis au sens des considérants. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1 er mai 2009. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de 2'800 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé. 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 Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK 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.