

GE_GERICHTE A/3768/2017 vom 15. November 2018

GE Cour de justice, 2018-11-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3768_2017

FR: GE_GERICHTE A/3768/2017 du 15 novembre 2018

IT: GE_GERICHTE A/3768/2017 del 15 novembre 2018

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Laurence MIZRAHI recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962, a travaillé depuis 1991 pour LA POSTE, au service de tri. 2. L'assurée a bénéficié à plusieurs reprises, depuis février 2012, de la prise en charge par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) de moyens auxiliaires (chaussures orthopédiques). Dans ce cadre, le docteur B_____ avait indiqué, en date du 26 janvier 2012, que l'intéressée souffrait d'une platipodie sévère avec surcharge du médio-pied, ce qui lui occasionnait des douleurs importantes de celui-ci, des chevilles et de l'avant-pied, des deux côtés. Les douleurs ne répondaient pas à un appareillage de semelles orthopédiques classiques et il y avait une importante tuméfaction à l'effort entraînant une difficulté au chaussage. Les limitations étaient importantes dans le travail qu'occupait alors l'assurée, à la poste, elle travaillait debout. 3. En octobre 2012, l'assurée a fait l'objet d'une détection précoce pour une incapacité de travail totale depuis le 28 septembre 2012. De l'entretien qui s'est tenu en date du 13 décembre 2012, il est ressorti que l'intéressée, après avoir travaillé de nombreuses années au service du tri sans encombres, s'était vu proposer un poste de factrice, qu'elle n'avait eu d'autre choix d'accepter, car l'alternative aurait été son licenciement. Elle n'avait pu cependant l'assumer correctement en raison des limitations induites par ses problèmes orthopédiques ; s'en étaient suivies des difficultés au travail. L'assurée était suivie par la doctoresse C_____, psychiatre. Elle se sentait en effet l'objet d'un harcèlement de la part de son employeur. L'assurée a été reçue par le service des ressources humaines de son employeur en présence de son avocat et il lui a été proposé de reprendre temporairement son ancien poste au niveau du tri, plus adapté à son état de santé, à 50% (cf. note OAI du 19 décembre 2012). Ce taux a été augmenté à 100% en février 2012, l'employeur précisant toutefois qu'il ne pourrait pas garantir ce poste à l'assurée à long terme. Le 24 avril 2013, l'employeur a précisé que le revenu de l'assurée cette année-là s'était élevé à 75'989.- CHF/an pour un horaire de 42h/sem. 4. En mai 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations en invoquant un état dépressif important. 5. Le 6 juin 2013, la Dre C_____, psychiatre traitant, a attesté d'un arrêt de travail depuis le 13 février 2013, ce qu'a corroboré, en date du 19 juin 2013, le docteur D_____, spécialiste FHM en médecine interne. Selon la psychiatre, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée permettant d'éviter les stations debout dans un « environnement sain et correct ». Le Dr D_____ a confirmé que les positions debout prolongées devaient être évitées, tout comme le port de charges. Il a fait état d'un trouble d'adaptation. Le médecin traitant a précisé que sa patiente avait commencé à souffrir des pieds en 2010, que son incapacité de travail

avait été de 100% du 6 décembre 2010 au 6 janvier 2011, puis de 50% du 7 janvier au 6 mars 2011, qu'elle avait pu reprendre le travail le 7 mars 2011 après réalisation de supports plantaires, mais qu'elle avait été à nouveau en arrêt de travail à compter du 27 octobre 2011 en raison d'un état dépressif sévère et en attendant de nouvelles prothèses. Le médecin a souligné que sa patiente avait « bien fonctionné comme factrice » durant plusieurs mois avec que des semelles et chaussures spéciales. Il a émis l'avis qu'elle pourrait travailler en tant que telle, pour autant qu'elle dispose de ces chaussures particulières. Il a ajouté que les problèmes orthopédiques étaient secondaires par rapport à l'état dépressif (cf. courrier du 21 décembre 2012). 6. La situation a fait l'objet d'une évaluation par l'OAI le 3 juillet 2013. Il a été retenu que l'assurée, souffrant de problèmes ostéo-articulaires depuis 2009, bien qu'elle portât des chaussures orthopédiques, se voyait limitée par ses douleurs aux pieds dans son périmètre de marche, à la station debout et s'agissant des montées d'escaliers. Suite à une réorganisation de LA POSTE, elle avait dû quitter sa fonction au tri et s'était vu confier une activité de factrice inappropriée qui avait fini par créer des conflits avec ses supérieurs et aboutir à une dépression en 2011. 7. Contactée par l'OAI, l'assurée a indiqué ne pas souhaiter la mise en place de mesures professionnelles, raison pour laquelle le mandat de réadaptation a été clôturé (pièces 70, 71 et 73 OAI). 8. Le 15 octobre 2013, son médecin traitant a fait état d'une aggravation (état dépressif persistant responsable de l'arrêt de travail). Il a en revanche conclu à une capacité de 100% dans une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant en position assise, par exemple de réceptionniste. 9. Le dossier a alors été soumis au Service médical régional (SMR) qui, le 12 novembre 2013, a relevé des discordances : depuis juin 2013 l'état de santé de l'assurée s'était amélioré, mais la psychiatre retenait des limitations fonctionnelles somatiques permettant une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, alors que le médecin traitant estimait celle-ci à 100% dès que le traitement psychique serait efficace. Interrogée par l'OAI, la Dresse C_____, a répondu en date du 29 novembre 2013 que sa patiente se déclarait incapable de travailler parce qu'elle n'avait « pas fait le deuil de son ancien poste ». Selon la psychiatre, la blessure narcissique jouait un grand rôle dans l'état dépressif. La psychiatre renonçait à faire un pronostic et ne se prononçait pas non plus sur la capacité de travail de sa patiente. 10. Dès lors, l'OAI a confié au docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, de procéder à une expertise. L'expert, au terme de son rapport du 19 août 2014, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée (pce 90 OAI) Cette expertise se basait sur le dossier transmis par l'OAI et un entretien avec l'intéressée. Après s'être fait le relais des plaintes de l'assurée, avoir décrit ses activités quotidiennes, ses habitudes de vie, s'être livré à une anamnèse personnelle, familiale et socio-professionnelle, l'expert a décrit ses observations objectives. Il a observé une évolution nette de l'état clinique par rapport aux éléments versés au dossier à disposition - lesquels évoquaient un trouble dépressif de sévérité moyenne à grave. Pour sa part, il avait constaté un état dépressif léger, sans syndrome somatique. Il n'avait pas retrouvé de symptômes en dehors d'une attitude morose, d'un amoindrissement de l'intérêt et du plaisir et d'une diminution de l'activité. Il n'avait en particulier constaté aucune diminution de la concentration ou de l'estime de soi, d'idées de culpabilité, d'idées suicidaires, de perturbations du sommeil ou de l'appétit. L'expert n'a noté aucun trouble cognitif flagrant (de la concentration, de l'attention ou de la mémoire, que ce soit à long terme ou à court terme). Cette évolution favorable de l'état clinique était très nettement corrélée à la fin des rapports de travail et

donc des relations conflictuelles entretenues avec le responsable hiérarchique, fin juin 2013. Sur le plan diagnostique, l'expert n'a relevé aucun élément allant dans le sens du trouble de la personnalité évoqué par la Dresse C_____. Il n'a pas non plus trouvé d'élément pouvant faire soupçonner un trouble anxieux ou un stress post-traumatique. L'expert a également exclu tout trouble somatoforme douloureux, les douleurs étant expliquées par une atteinte somatique claire. Le Dr E_____ en a tiré les conclusions que les critères nécessaires pour justifier une incapacité de travail n'étaient pas remplis (l'assurée ne vivait pas de manière particulièrement isolée, ne présentait pas de trouble cristallisé et la symptomatologie avait très nettement évolué au cours des derniers mois). L'expert a souligné que le traitement de l'assurée (un anxiolytique et un antidépresseur pris « à la demande ») n'avait aucune chance de continuer à être efficace et préconisé la prise régulière d'un traitement antidépresseur, à même, très vraisemblablement, selon lui, de faire évoluer la situation clinique de l'assurée dans le sens d'une rémission plus complète. En définitive, l'expert n'a retenu une totale incapacité de travail pour raisons psychiques que du 28 septembre 2012 au 30 juin 2013, date à compter de laquelle il a considéré que l'intéressée avait recouvré une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle. 11. A par la suite été versé au dossier le rapport d'expertise rédigé le 21 janvier 2014 par le docteur F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, à l'attention de l'assureur perte de gain (pce 95 OAI).! [endif]>! [if> Après une anamnèse, l'expert s'est fait le relais des plaintes de l'assurée avant de livrer ses constatations objectives, notamment le fait que les fonctions intellectuelles n'étaient pas perturbées, le cours de la pensée non ralenti, le focus d'attention maintenu sans difficultés et la mémoire conservée dans ses différentes modalités. L'assurée ne présentait pas de signe de tension psychique notoire, pas plus que de signes neurovégétatifs d'angoisse, mais une certaine labilité émotionnelle ; l'humeur paraissait légèrement abaissée. L'expert a qualifié la symptomatologie dépressive de peu marquée et a relevé que l'instabilité émotionnelle n'empêchait pas l'assurée de développer des activités familiales et de s'occuper en grande partie de son ménage. Dès lors, la rémission était prononcée. L'expert a jugé que l'amélioration de l'état de l'intéressée ne justifiait plus de prolongation de l'arrêt de travail et qu'une reprise d'activité serait possible à 50% dès le 1er février 2014, puis à 100% à compter du 1er mars 2014. 12. Le 26 février 2015, une mesure d'orientation professionnelle a été accordée à l'assurée et, du 16 février au 17 mai 2015, l'assurée a effectué un stage auprès de PRO entreprise sociale privée.! [endif]>! [if> 13. Les 22 et 30 avril 2015, les Drs D_____ et C_____ ont attesté pour leur part que leur patiente ne pouvait exercer d'activité à plus de 50%.! [endif]>! [if> 14. Du rapport d'observation émis le 10 juin 2015 par PRO, il ressort qu'il a été impossible à l'entreprise de cibler des pistes professionnelles réalistes. ! [endif]>! [if> 15. A alors ensuite été mis en place un stage d'aide-réceptionniste en entreprise, du 25 avril au 24 juillet 2016. Ce stage de réentraînement au travail avait pour objectif de consolider une capacité de travail à 100%.! [endif]>! [if> Durant ce stage, l'assurée s'est occupée du pliage et du collage de lettres et de cartons, activité s'exerçant principalement en position assise. L'assurée a pu augmenter son taux d'activité à 90% à compter du 27 juin 2016 et a atteint, selon l'employeur, un niveau de rentabilité normal. Elle a été qualifiée de soigneuse, méticuleuse, ponctuelle, fiable, méthodique et organisée (cf. note du 14 juillet 2016 ; pce 135 OAI). 16. L'entraînement au travail a été prolongé du 25 juillet au 4 septembre 2016 auprès des Etablissements publics pour l'intégration (EPI).! [endif]>! [if> L'assurée a atteint un taux de 100% en août et son travail a continué à donner satisfaction. Selon l'employeur, elle travaillait bien et était tout à fait capable de travailler dans l'économie libre (cf. note du 15

août 2016). 17. Dans leur rapport final du 14 novembre 2016, les EPI ont confirmé que le stage, débuté initialement à 50%, de manière assez lente, avait pu évoluer à un bon rythme ; l'assurée s'était montrée constante dans son travail et le directeur de l'entreprise avait qualifié son rythme de comparable à celui des employés temporaires auxquels il faisait appel. Le travail, en termes de rythme, de rapidité et de qualité, était dans la norme. Une position assise sur une journée entière était globalement bien supportée. 18. Par décision du 28 juillet 2017, l'OAI a procédé à une évaluation théorique de degré d'invalidité. L'OAI a rappelé avoir pris en charge une mesure d'orientation et un réentraînement au travail. Se basant sur l'avis de son SMR, l'OAI a considéré l'exercice d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles entièrement exigible depuis juillet 2013. A l'issue de ces mesures, la comparaison entre le revenu avant invalidité, soit CHF 86'753.-, et un revenu d'invalidé de CHF 48'649.- (Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique [ESS] 2014, TA1, niveau 1 : 4'300.- CHF/mois = 53'793.- CHF/an pour 41,7 h./sem. et après déduction de 10%), l'OAI a constaté que le degré d'invalidité était resté sensiblement qu'avant les dites mesures, soit 43%. En conséquence de quoi, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2013, la demande ayant été déposée le 10 mai 2013. 19. Par écriture du 14 septembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en demandant l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter de novembre 2013. La recourante fait valoir que c'est pour des raisons de santé que la mesure engagée auprès de PRO n'a pu aboutir. Elle conteste pouvoir exercer une activité lucrative, même adaptée, à plus de 50%, avec une diminution de rendement qu'elle évalue à 20%. Au surplus, elle estime que c'est une réduction de 25% qui aurait dû être appliquée au revenu d'invalidé, pour tenir compte non seulement de ses limitations fonctionnelles, mais également des années de service qu'elle a passées auprès de son ancien employeur, auprès duquel elle a travaillé de 1991 à 2013. Selon la recourante, l'OAI ne saurait s'écarter de l'avis de ses médecins traitants que sur la base d'une expertise complète et neutre ordonnée par la Cour. 20. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 13 octobre 2017, a conclu au rejet du recours. En substance, l'intimé relève que l'assurée ne fait état d'aucune atteinte ou élément médical de nature clinique ou diagnostique qui aurait été ignoré dans le cadre de l'instruction. L'intimé souligne qu'il ressort du rapport final du service de réadaptation que, lors du stage chez G_____, il a été constaté que l'assurée pouvait exercer à 100% une activité adaptée. Quant à la réduction supplémentaire à appliquer au revenu d'invalidé, l'intimé fait valoir que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de l'assurée et accessibles sans aucune formation particulière. 21. Par écriture du 8 février 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle allègue être atteinte de troubles non seulement psychiques, mais également orthopédiques et rappelle qu'elle souffre d'une platipodie sévère avec surcharge du médio-pied. La recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir instruit la question de savoir si ces troubles avaient un impact sur sa capacité de travail. Elle en tire la conclusion qu'une expertise bidisciplinaire, psychiatrique et orthopédique, est nécessaire. D'autant que, selon elle, l'expert E_____ ne pouvait exclure l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, n'étant pas orthopédiste. À l'appui de sa position, elle produit un courrier du Dr D_____ du 6 juillet 2017, dans lequel ce dernier

indique qu'il la suit depuis 2010 à raison d'une fois par mois et qu'il retient les diagnostics d'état dépressif sévère, de suspicion de fibromyalgie, de lombalgies chroniques et de lésions dégénératives arthrosiques des membres inférieurs. Le médecin explique que sa patiente n'arrive pas à se déplacer de manière répétitive, qu'elle doit éviter les mouvements des bras et le port de charges. Il émet l'avis que sa capacité de travail est de 50% au maximum dans une activité légère et s'exerçant en position assise, avec un rendement diminué en raison de troubles de la concentration, d'une irritabilité et d'une fatigue importante. 22. Une audience s'est tenue en date du 3 mai 2018, au cours de laquelle a été entendu le Dr D_____. ![/endif]>![if> Ce dernier a indiqué qu'en 2012, sa patiente avait été suivie par un spécialiste en psychiatrie et ce, pendant près de deux ans. Un traitement de Cipralax avait alors été instauré, qui n'avait cependant jamais permis d'amélioration ; il y avait été finalement mis fin au vu des nombreux effets secondaires. C'est le docteur H_____, neurologue, qui a évoqué, en novembre 2016, la possibilité d'une fibromyalgie. Mais comme cela n'aurait changé en rien le traitement, compte tenu de l'état dépressif, cela n'a pas été investigué plus avant. S'agissant des limitations fonctionnelles, le témoin a expliqué que sa patiente ne peut parcourir plus de quelques centaines de mètres cumulatifs par jour, qu'elle doit éviter les mouvements répétitifs des membres supérieurs et le port de charges ; sur le plan psychique, elle rencontre des problèmes de concentration, d'irritabilité et sa fatigabilité est accrue. Le témoin a ajouté avoir pu également constater un isolement social, expliquant que, la première fois qu'il avait eu affaire à l'assurée, celle-ci était joviale, très ouverte, et qu'au fil du temps, il avait pu observer un ralentissement, une dépersonnalisation et, en la questionnant, une diminution de l'interaction sociale : l'intéressée est désormais focalisée sur sa famille et rencontre même des problèmes avec celle-ci, qui a du mal à supporter sa maladie. Le témoin a émis l'avis que l'assurée pourrait encore exercer une activité de tri sous la supervision de quelqu'un (ce qui correspond à son activité habituelle), mais avec un rendement diminué d'au moins 50% étant précisé qu'il s'agissait là d'une évaluation un peu arbitraire de sa part. Le témoin a précisé qu'au plan psychique, un nouvel essai thérapeutique avait été tenté en 2017, avec un autre psychiatre et un psychologue délégué, sans plus de succès que la première fois, ce dont il a tiré la conclusion que l'état psychique de sa patiente était désormais cristallisé, puisqu'il ne fluctuait pas et restait de degré sévère depuis 2012. Sur le plan orthopédique, le témoin a expliqué que le changement d'affectation, de trieuse à factrice, avait décompensé une platipodie que le port de chaussures spéciales n'avait pas permis de contrer. Cette dégénérescence se manifeste de manière prédominante à gauche et limite les déplacements de l'intéressée. Cette affection est compliquée d'une polyneuropathie dont on soupçonne qu'elle serait consécutive à une hépatite B. La déformation anatomique du pied se traduit par des douleurs à la marche encore amplifiées par la polyneuropathie. Selon le témoin, si une expertise devait être mise sur pied, elle devrait comporter trois volets : psychiatrique, orthopédique et neurologique. Le témoin a ajouté que le suivi psychiatrique était pour l'heure interrompu pour des raisons personnelles tenant au thérapeute. Il avait été convenu de continuer, mais aucun autre spécialiste disponible n'avait encore été trouvé. 23. Par écriture du 24 mai 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Selon elle, les explications fournies par son médecin traitant sont convaincantes et une instruction complémentaire pluridisciplinaire devrait être ordonnée sous forme d'expertise judiciaire.![endif]>![if> 24. Par écriture du 24 mai 2018, l'intimé a également persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis de son SMR et plus particulièrement du Dr I_____. ![/endif]>![if> Celui-ci considère que le médecin traitant ne justifie pas son évaluation de la capacité de travail, que le médecin du

SMR juge injustifiée au vu des atteintes retenues. En particulier, l'état dépressif ne saurait être qualifié de sévère en l'absence de suivi psychiatrique et de traitement antidépresseur. Quant à une platipodie, fût-elle sévère ou avec une éventuelle polyneuropathie, elle ne saurait justifier une baisse de rendement de 50%. Le médecin du SMR relève également que, dans son courrier de juillet 2017, le médecin-traitant n'a mentionné ni polyneuropathie, ni fibromyalgie. 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), 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 Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA et 62ss LPA). 4. Le litige porte sur le degré d'invalidité à reconnaître à l'assurée. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 7. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a 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 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par

l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). 8. 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces

relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). 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 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). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, 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; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux

évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 10. En l'espèce, l'intimé a considéré que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans un poste adapté à compter de juillet 2013, ce que l'intéressée conteste, alléguant qu'elle ne peut exercer la moindre activité lucrative. L'intimée fonde son appréciation de la capacité de travail sur l'expertise du Dr E_____, dont la recourante remet implicitement en cause la valeur probante. Ses griefs ne sauraient cependant être suivis pour les motifs suivants. Tout d'abord, le rapport du Dr E_____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes rapportées par celle-ci. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, d'autant plus que l'ensemble des considérations émises par le médecin examinateur, au demeurant titulaire d'une spécialisation en psychiatrie, ont été confirmées par le Dr F_____, expert mandaté par l'assureur perte de gain. Le rapport du Dr E_____ n'est dès lors pas un avis isolé. L'appréciation divergente du Dr D_____, au demeurant non motivée et qualifiée par l'intéressé lui-même d'« un peu arbitraire », ne saurait suffire à s'écarter de l'avis de deux experts, étant rappelé que, d'après le médecin-traitant, ce sont les troubles psychiques qui sont invalidants et que les limitations fonctionnelles induites par les atteintes orthopédiques ont été dûment prises en compte. On ajoutera par ailleurs que la pleine capacité de travail a été confirmée par l'entreprise dans laquelle l'assurée a effectué un stage de réentraînement à l'effort. Eu égard à ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les conclusions du Dr E_____. Une expertise supplémentaire n'a pas lieu d'être dans la mesure où les atteintes somatiques sont clairement identifiées, documentées et les limitations fonctionnelles induites non contestées. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité. 11. 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). 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 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé,

l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 12. En l'occurrence, la recourante ne conteste que le montant de la réduction appliquée au revenu d'invalidé, dont elle soutient qu'elle aurait dû s'élever à 25% et non à 10% seulement, compte tenu de ses limitations fonctionnelles et de la durée de ses rapports de service. Or, c'est précisément de ces deux éléments que l'intimé a tenu compte pour fixer le montant de la réduction. On rappellera que la réduction de 25% n'est pas opérée de façon générale et systématique. Une déduction sur le montant du salaire d'invalidé résultant des statistiques en raison d'empêchements propres à l'assuré ne doit être opérée que lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'intéressé ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, l'ampleur d'une éventuelle réduction sera fixée en tenant compte de toutes les circonstances du cas concret. Dans ce contexte, une réduction inférieure à 25% est envisageable (VSI 2000 consid. 5a/bb p. 319s.; VSI 2000 consid. 2b p. 84s.; VSI 1999 p. 185 consid. 3b; VSI 1998 p. 181 consid. 3a). En l'occurrence, la déduction de 10% opérée par l'intimé n'apparaît pas inadéquate. Au demeurant, on relèvera que même une déduction de 15% ne suffirait pas pour retenir un degré d'invalidité suffisant pour ouvrir droit à une rente d'un taux supérieur. Or, en présence de limitations somme toute assez réduites, on ne saurait justifier une réduction à un taux supérieur à 15%. 13. La Cour de céans note toutefois qu'au terme de leur rapport, les EPI ont suggéré l'octroi d'une aide au placement. L'art. 18 al. 1 LAI, dans sa nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006, correspond à l'art. 18a (nouveau) al. 1 LAI du projet du Conseil fédéral dans son message du 22 juin 2005 concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (5e révision de l'AI). Il ressort du message précité de l'autorité exécutive que les assurés présentant une incapacité de travail complète ou partielle doivent avoir droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié et, s'ils en ont déjà un,

à un conseil suivi afin de le conserver. Tous les chômeurs ne pouvant plus exercer leur activité antérieure pour raisons de santé auraient ainsi droit à un placement par l'AI, donc également les auxiliaires qui sont encore pleinement aptes à exercer une activité auxiliaire adaptée (FF 2005 4279). Le Conseil fédéral relève que l'art. 18a (nouveau) al. 1 LAI formule les conditions d'octroi de façon plus large que l'ancien art. 18, al. 1, de façon que toute personne en incapacité de travail, mais apte à la réadaptation, puisse profiter du placement (FF 2005 4319). L'idée à l'origine de cette nouvelle formulation était de renforcer le soutien apporté d'office lors de la réadaptation. Il s'agissait en fait d'obliger les offices de l'assurance-invalidité à entreprendre plus de démarches dans ce sens. Le rapporteur de la Commission a relevé lors du plenum du Conseil national que la Commission avait décidé à l'unanimité de renforcer les droits des assurés à un soutien actif lors de la recherche d'un emploi (BO CN 2001, p. 1934; cf. également arrêt L. du 29 mars 2005, I 776/04). L'art. 18 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, a donc étendu les droits des assurés à l'égard des offices AI en matière d'aide au placement. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente dans son activité antérieure une incapacité de travail de longue durée. En revanche, elle dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, qui peut relever d'une autre profession ou d'un autre domaine. Au regard de l'art. 6 seconde phrase LPGA, la recourante ne présente pas d'incapacité de travail. Il s'ensuit que le droit à une aide au placement selon l'art. 18 al. 1 LAI n'entre pas en considération. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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