

## **GE\_GERICHTE A/735/2008 vom 19. Mai 2008**

GE Cour de justice, 2008-05-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_735\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_735_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/735/2008 du 19 mai 2008

IT: GE\_GERICHTE A/735/2008 del 19 maggio 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 19.05.2008 A/735/2008

A/735/2008 ATAS/630/2008 du 19.05.2008 ( AI ) , REJETE Recours TF déposé le 15.07.2008, rendu le 17.03.2009, REJETE, 9C\_590/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/735/2008 ATAS/630/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 6 du 19 mai 2008 En la cause Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Mme D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), divorcée depuis 1994, originaire du Maroc, de nationalité suisse depuis le 24 février 1981, mère de deux enfants nés en 1982 et 1997, est titulaire d'un diplôme de secrétariat depuis 1971 et d'un diplôme d'esthéticienne depuis 1985. Née au Maroc, elle est venue s'installer en Suisse avec son époux en 1981. Elle a exercé depuis 1985 comme esthéticienne à temps partiel, d'abord à 80 % pendant deux ans puis à 50 %. Le 24 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. L'assurée a indiqué le 12 mai 2003 dans le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré qu'en bonne santé elle exercerait comme esthéticienne au maximum à un taux de 50 %. Le 20 mai 2003, le Dr L\_\_\_\_\_, FMH médecine générale, a écrit à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 7 septembre 1998, moment où elle était en bon état de santé. Le 28 mai 2003, le Dr M\_\_\_\_\_, médecine générale, du Medcentre de Balexert, a rempli un rapport médical AI dans lequel il diagnostique une sclérose en plaques depuis juillet 2002 ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, un glaucome, un ulcère gastrique et un état anxio-dépressif. La patiente était en incapacité de travail totale depuis le 13 juin 2002. Il la suivait depuis octobre 2001 et avait prescrit des injections de Rebif 44, de la cortisone, du Deroxot et du Stilnox. L'assurée avait de la difficulté avec la station debout soutenue et aucune activité n'était exigible. Le 23 août 2004, le SMR a estimé qu'il convenait de demander un rapport complet au Dr M\_\_\_\_\_. Le 20 septembre 2004, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé son rapport du 28 mai 2003 et indiqué un état de santé stationnaire. Le 17 décembre 2004, le SMR a estimé qu'une expertise neurologique se justifiait. A la demande de l'OCAI, le Dr N\_\_\_\_\_, médecin adjoint à la clinique et policlinique de neurologie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a rendu le 17 mai 2005 un rapport d'expertise. L'expert pose les diagnostics de sclérose en plaques et estime qu'il existe manifestement un état dépressif. Il était très difficile d'apprécier le réel déficit somatique de la patiente en raison d'une forte suspicion de non collaboration de cette dernière durant l'examen clinique. Une IRM médullaire/cérébrale ainsi que des examens "PEM, PEV, PES et une ponction lombaire" étaient nécessaires. Il paraissait ainsi primordial de pouvoir comparer les examens actuels à ceux antérieurs, l'expert précisant qu'il n'avait pas vu les IRM

précédentes. Pour autant que les troubles sensitifs soient validés, l'assurée ne pouvait exercer comme esthéticienne. Il note aussi qu'une "capacité résiduelle de travail ne peut être envisagée" et qu'une "incapacité de travail de 20 % au moins peut être estimée à partir de mai 2002" et qu'elle "est restée probablement identique depuis cette époque". Le 18 juillet 2005, le SMR a estimé qu'une expertise psychiatrique était nécessaire. Le 6 juin 2006, le Dr O \_\_\_\_\_, FMH en neurologie, a rempli un rapport médical AI dans lequel il indique avoir suivi l'assurée depuis le 2 juillet 2002 et diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail une sclérose en plaques et un état anxio-dépressif. L'état de santé était stationnaire. La sclérose en plaques, connue depuis juillet 2002 (suite à une IRM cérébrale et médullaire de juillet 2002 démontrant des anomalies spécifiques et une présence de 2 % de plasmocytes avec une distribution oligoclonale à l'analyse du liquide céphalo-rachidien) était d'évolution stable, caractérisée par des troubles sensitifs des membres inférieurs et du périnée, une importante asthénie et un état anxio-dépressif. La patiente se plaignait d'asthénie et de difficultés de concentration. Le pronostic à long terme était réservé. La répercussion de cette atteinte sur son activité professionnelle était importante. L'activité antérieure n'était plus exigible depuis juillet 2002. Une activité sans contraintes physiques ou psychologiques était envisageable à raison de quatre heures par jour, avec une diminution modérée du rendement. Le 18 août 2006, la Dresse P \_\_\_\_\_, médecin adjointe au département de psychiatrie des HUG, a rendu un rapport d'expertise. L'experte pose le diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1) depuis 2000 et de sclérose en plaques diagnostiquée en juillet 2002, existant probablement depuis 2000. Si la sclérose en plaques devait se stabiliser et ne plus refaire de poussée aiguë, la dépression pourrait diminuer car l'expertisée avait des capacités d'adaptation et pourrait ainsi s'habituer à sa nouvelle situation. Si par contre, la sclérose en plaque devait s'aggraver, il y avait une forte probabilité que l'état dépressif s'accroisse en augmentant le sentiment de perte et d'estime de soi. L'expertisée présentait une diminution de 50 % de ses capacités de travail. Ses limitations concernent une fatigue importante, une humeur triste, une baisse de la capacité de concentration et d'attention, des troubles du sommeil ainsi qu'une faible estime de soi. Du point de vue psychiatrique, elle présentait une capacité de travail de 50 % depuis 2002. L'évaluation de son état physique et psychique pourrait faire l'objet d'une nouvelle évaluation dans trois ans. Le 1<sup>er</sup> novembre 2006, le SMR a estimé qu'en tenant compte à la fois de l'atteinte somatique et psychiatrique et en se référant à l'expertise psychiatrique et à l'avis du Dr O \_\_\_\_\_ du 6 juin 2006, la capacité de travail médicalement exigible dans une activité adaptée était de 50 % depuis juillet 2002. Le 20 mars 2007, la réadaptation professionnelle a proposé de mandater le service extérieur pour enquête économique sur le ménage et pour assurés indépendants. Une note de travail de l'OCAI du 23 mai 2007 relève que le statut de l'assurée est difficile à déterminer mais que, finalement, il convenait d'admettre un statut d'active à 100 %. Le 3 juillet 2007, l'OCAI - selon une prise de position par rapport au mandat d'enquête économique - a estimé qu'il était préférable de se fonder pour le revenu sans invalidité, sur les salaires de l'enquête sur la structure des salaires (ESS) 2002 dans le métier d'esthéticienne. Par projet d'acceptation de rente du 30 août 2007, l'OCAI a octroyé à l'assurée une demi-rente d'invalidité depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003 fondée sur un degré d'invalidité de 55 %, ainsi qu'une aide au placement, à la demande de l'assurée. L'OCAI retient un statut d'assurée active à 100 %, un revenu sans invalidité de 45'870 fr. annuel fondé sur l'ESS 2002 dans le métier d'esthéticienne (domaine 34 activité de niveau 2, adapté à l'horaire hebdomadaire de 41,7 heures et à l'année 2003) et un revenu avec invalidité de 20'646 fr. annuel, fondé sur l'ESS 2002 (tableau TA1, activité de niveau 4 à 50

% avec une déduction de 15 %, adapté à un horaire hebdomadaire de 41,7 heures et à l'année 2003). Par décision du 5 février 2008, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente depuis le 1<sup>er</sup> juin 2003, ainsi que des rentes complémentaires pour enfants. Le 6 mars 2008, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OCAI du 5 février 2008 en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle relève que l'expertise neurologique conclut à une incapacité de travail totale dans toute activité, confirmée par les Drs M\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ le 6 mars 2008, et l'expertise psychiatrique à une incapacité de travail de 50 % de sorte que le SMR ne pouvait, dans son avis du 1<sup>er</sup> novembre 2006, s'écarter de ces expertises. Le 6 mars 2008, le Dr M\_\_\_\_\_ a attesté qu'en juillet 2002 une sclérose en plaques avait été diagnostiquée, soit une maladie évolutive, non curable nécessitant un traitement lourd. L'état de la patiente ne pouvait que s'aggraver de poussée en poussée. Elle avait développé un grave état anxio-dépressif réactionnel avec troubles du sommeil. Son état de santé était actuellement instable et elle était en incapacité de travail totale pour une période indéterminée. Le 6 mars 2008, le Dr O\_\_\_\_\_ a attesté que la patiente souffrait depuis juillet 2002 d'une sclérose en plaques de forme poussées - rémission responsable d'une importante asthénie, de douleurs diffuses et de troubles sensitifs fluctuants des extrémités. Depuis peu, elle présentait une névrite optique responsable d'une baisse de l'acuité visuelle de l'œil droit. L'incapacité de travail dans l'activité d'esthéticienne était totale. Le 18 avril 2008, l'OCAI a conclu au rejet du recours en mentionnant que l'expertise neurologique n'avait pas exclu pour des raisons médicales objectives une exigibilité dans une activité adaptée et que le Dr O\_\_\_\_\_ avait indiqué le 6 juin 2006 une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, de sorte que les conclusions du SMR étaient convaincantes. Il a transmis un avis du SMR du 9 avril 2008 selon lequel le Dr M\_\_\_\_\_ n'apportait pas d'éléments nouveaux dans son certificat du 6 mars 2008 et le Dr O\_\_\_\_\_ ne se prononçait pas sur une capacité de travail dans une activité adaptée. A la demande du Tribunal de céans, le Dr O\_\_\_\_\_ a précisé le 6 mai 2008 que l'assurée "présente depuis le mois de juillet 2002 une sclérose en plaques de forme poussée-rémission responsable d'une importante fatigue associée à des déficits somatiques fluctuants en intensité qui se manifestent par des troubles de la sensibilité des mains et des pieds, associés depuis peu à des troubles de la vision de l'œil droit. Il existe également un état dépressif réactionnel à la maladie neurologique qui aggrave la situation. Une activité adaptée consisterait en un travail dans lequel la concentration intellectuelle et l'utilisation de la force et de la coordination des membres supérieurs sont limitées, sans stress. Compte tenu de ces considérations, la capacité de travail dans une activité adaptée autre que l'activité d'esthéticienne paraît être de l'ordre de 50% depuis juillet 2002, comme déjà mentionné dans le rapport adressé à l'AI le 7 juin 2006. En réponse à la question de la difficulté d'évaluer le déficit somatique chez cette patiente, il est certain qu'il existe toujours une part de subjectivité dans l'évaluation de troubles neurologiques, surtout les atteintes de la sensibilité, celles-ci nécessitant une parfaite collaboration de la part du patient". Sur quoi, la cause est gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont

celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, le présent recours concerne une demande de prestation du 24 avril 2003 en raison d'une incapacité de travail dès juin 2002. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés en partie avant et après l'entrée en vigueur de la LPGA, le droit à la rente doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et en fonction de la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 445 et les références; cf. aussi ATF 130 V 329 ). 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 345 consid. 3). Quant aux règles de procédure, elles s'appliquent, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Pour les mêmes raisons, les dispositions de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4<sup>ème</sup> révision), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852), ne sont pas applicables (ATF 127 V 467 consid. 1). Dans la mesure où elles ont été modifiées par la novelle, les dispositions ci-après sont donc citées dans leur version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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). Toutefois, le présent cas n'est pas soumis au nouveau droit, du moment que le recours de droit administratif a été formé avant le 1<sup>er</sup> juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA. Le litige porte sur l'évaluation de l'invalidité de la recourante et en particulier sur son droit à une rente de l'assurance-invalidité. a) 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). 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 (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, 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. c) 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 références citées). 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). d) 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. 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). a) En ce qui concerne la preuve, 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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).

d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) 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/bb et cc).

f) 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; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

a) En l'espèce, du point de vue psychiatrique, figure au dossier une expertise du 18 août 2006 concluant à une incapacité de travail de 50% de la recourante. Ce rapport revêt une pleine valeur probante et n'est d'ailleurs pas remis en cause par la recourante.

b) Du point de vue somatique, le Dr M\_\_\_\_\_ a diagnostiqué les 22 mai 2003 et 6 mars 2008, avec répercussion sur la capacité de travail, une sclérose en plaques, diagnostic confirmé par l'expert, le Dr N\_\_\_\_\_, le 17 mai 2005 et par le Dr O\_\_\_\_\_ les 6 juin 2006, 6 mars et 6 mai 2008. L'impact de cette affection sur la capacité de travail de la recourante a été évalué différemment par les médecins précités. Le Dr M\_\_\_\_\_, médecin traitant, estime que l'incapacité de travail est totale dans toute activité depuis le 13 juin 2002, alors que l'expert N\_\_\_\_\_ évalue l'incapacité de travail comme totale dans l'ancienne activité d'esthéticienne en raison de déficits sensitivomoteurs depuis mai 2002 et est d'avis qu'il est difficile d'envisager une quelconque autre activité, vu l'absence de collaboration et l'état dépressif actuel de l'assurée. Quant au Dr O\_\_\_\_\_, il a exclu l'exigibilité de l'ancienne activité, mais retenu une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée depuis juillet 2002.

c) Au vu de ces différents avis médicaux, l'intimé a estimé que la recourante disposait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 50% depuis juillet 2002. Cette appréciation n'est pas critiquable dès lors qu'elle se fonde, du point de vue psychique, sur

l'expertise de la Dresse P \_\_\_\_\_ et, du point de vue somatique, sur l'avis du Dr O \_\_\_\_\_, précisé le 6 mai 2008. A cet égard, cet avis n'est pas en contradiction avec l'expertise du Dr N \_\_\_\_\_, celui-ci ayant exclu une capacité de travail dans toute activité en se fondant, d'une part, sur l'état psychique de la recourante et, d'autre part, sur son défaut de collaboration, éléments qui ne sont pas pertinents du point de vue de l'assurance-invalidité pour évaluer les limitations fonctionnelles de l'affection somatique. L'avis sommaire du médecin traitant, lequel est un généraliste, n'est, en outre, pas à même de remettre en cause celui du Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologique, ce d'autant que le médecin traitant remarque que sa patiente a de la difficulté avec la station debout soutenue mais n'explique pas en quoi une activité adaptée telle que décrite par le Dr O \_\_\_\_\_ ne serait pas exigible. d) Enfin, le calcul du degré d'invalidité, fondé sur une capacité de travail de la recourante de 50% dans une activité adaptée, n'est pas contesté par la recourante et n'est, d'ailleurs, pas critiquable. Infondé, le recours doit être rejeté. Conformément à l'art. 69 al. 1 bis LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, qui prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice; que le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1000 francs, un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de la recourante. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. 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); 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 Nancy BISIN La présidente Valérie MONTANI 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.