

GE_GERICHTE ATAS/145/2025 vom 11. März 2025

GE Cour de justice, 2025-03-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_145_2025

FR: GE_GERICHTE ATAS/145/2025 du 11 mars 2025

IT: GE_GERICHTE ATAS/145/2025 del 11 marzo 2025

Erwägungen

E. 1.1

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 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 1.2

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.

A/1976/2024 - 8/20 - La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10).

E. 1.3

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a LPA) prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 2.1

Le 1er janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du

E. 2.2

En l'espèce, la recourante a déposé sa demande de prestations le 11 octobre 2019, de sorte que son éventuel droit à une rente naîtrait le 1er avril 2020 au plus tôt (art. 29 al. 1 et 3 LAI). Par conséquent, les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité.

E. 4

mai 2012 consid. 3.2.1). 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

A/1976/2024 - 12/20 - de leur reconnaître pleine valeur probante. À 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). Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 4.1

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 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Dans l'ATF 141 V 281, le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au sein desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A/1976/2024 - 10/20 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). La procédure d'administration des preuves qui prévaut en matière de troubles douloureux sans substrat organique et de troubles psychosomatiques analogues est applicable également à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1).

E. 4.2

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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. Dans le cas des maladies psychiques, les indicateurs sont importants pour évaluer la capacité de travail, qui, en tenant compte des facteurs incapacitants externes d'une part et du potentiel de compensation (ressources) d'autre part, permettent d'estimer la capacité de travail réellement réalisable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_286/2020 du 6 août 2020 consid. 4 et la référence). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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

A/1976/2024 - 11/20 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Il faut en outre que le médecin dispose de la formation spécialisée nécessaire et de compétences professionnelles dans le domaine d'investigation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_555/2017 du 22 novembre 2017 consid. 3.1 et les références). 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 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre

position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 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

E. 4.3

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGa), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices

A/1976/2024 - 13/20 - extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire

de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et

E. 4.4

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

A/1976/2024 - 15/20 - 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 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références ; 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence). Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5). 5. En l'espèce, la chambre de céans rappelle au préalable que le statut mixte retenu par l'intimé, à raison de 60% dans l'activité lucrative et de 40% dans l'activité ménagère, est admis par la recourante et peut donc être confirmé. 5.1 Pour l'évaluation de l'invalidité dans la part professionnelle, l'intimé s'est fondé sur l'avis du SMR du 14 juillet 2022, lui-même basé sur le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 9 mai 2022. Il convient donc d'examiner la valeur probante de l'expertise. 5.1.1 Ce document repose sur les pièces médicales du dossier, y compris celles apportées par la recourante (p. 5-9), l'anamnèse et les déclarations de l'expertisée (p. 18-22, 34-41), l'examen clinique (p. 23-28, 43-46), l'appréciation du cas (p. 29-33, 47-53) et une synthèse consensuelle (p. 10-17), de sorte qu'il remplit de prime abord les réquisits jurisprudentiels. 5.1.2 Sur le plan somatique, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics de pieds plats stade II-III, de hallux valgus débutant, de status post chirurgie prothèse totale du genou droit en octobre 2021, de syndrome douloureux chronique type fibromyalgie confirmé avec un score de Wolfe de 17/31 (p. 30) et, au niveau de la colonne lombaire, de syndrome de dysbalance musculaire avec un déconditionnement global, sans radiculalgie (p. 23). Il a estimé que ces troubles n'étaient pas incapacitants, sous réserve de l'atteinte au genou droit consécutive à la pose de la prothèse totale pour une période maximale de six mois (p. 29). Il a conclu que la recourante était limitée selon le profil d'effort (p. 31), mais qu'elle pouvait exercer à plein temps son activité de logopédiste, adaptée à son état de santé (p. 29). La chambre de céans constate que l'appréciation du Dr D_____ ne résulte pas d'une analyse fouillée et

approfondie, et qu'elle n'a pas été rendue en pleine

A/1976/2024 - 16/20 - connaissance du dossier. En outre, les plaintes de l'expertisée ont été rapportées de façon très sommaire « dans le cadre d'un entretien ouvert » (p. 18) et en quelques lignes seulement sous « affection actuelle (...) » et « troubles actuels (...) » (p. 18). Elle relèvera, à titre d'exemples, que la recourante a déclaré à l'expert qu'elle avait consulté la Dre J_____ en 2018-2019 pour ses problèmes des genoux, qu'elle avait fait une poussée congestive du genou droit et s'était soumise à une ponction et infiltration, avant la pose de sa prothèse en 2021 (p. 18). L'expert n'a cependant sollicité aucun document relatif à ces traitements ni n'a contacté la médecin précitée. De même, il a rapporté que le médecin généraliste de la recourante avait fait état, dans ses rapports des 25 mai et 3 juin 2020, de gonarthrose depuis 2017, de douleurs et « déformation » des genoux, sans chercher à obtenir des informations sur les investigations ayant pu mener à ces conclusions. S'il l'avait fait, il aurait pu prendre connaissance des rapports de radiographie des genoux du 29 mai 2020 et d'IRM du genou gauche du 7 mai 2021 qui ne figuraient pas au dossier de l'intimé, lesquels attestent notamment, au niveau du genou gauche, d'une chondropathie fémoro-patellaire externe de grade IV avec subluxation latérale de la patella et volumineux corps ostéochondromateux de 3.4 cm en regard de cette facette externe, d'une chondropathie de grade III de la zone portante du condyle fémoral interne et de grade II de la zone portante du condyle fémoral externe, et d'une ostéophytose tricompartmentale. Au vu de ces éléments, les diagnostics posés par l'expert, qui n'a retenu aucun trouble au niveau du genou gauche, apparaissent incomplets. En ce qui concerne l'atteinte au genou droit, l'expert a admis une incapacité de travail pour la période postérieure à l'intervention chirurgicale, mais pas pour celle précédant l'opération. Toutefois, dans un rapport du 25 mai 2020, le médecin généraliste avait mentionné que sa patiente présentait une mobilité limitée en raison de la fibromyalgie, mais également d'une gonarthrose. L'expert aurait dû expliquer les raisons pour lesquelles il considérait que les troubles présentés par la recourante au niveau du genou droit et qui ont nécessité la pose d'une prothèse totale en octobre 2021 n'entraînaient aucune limitation fonctionnelle et n'avaient pas d'incidence sur sa capacité de travail avant l'opération. Il pourra encore être relevé, à la lecture de l'examen clinique, que l'expert n'a pas testé la stabilité latérale et les ménisques de la recourante, sans que l'on en connaisse les raisons. Le Dr D_____ n'a pas non plus mentionné le diagnostic de syndrome sévère d'apnées du sommeil confirmé par le dernier pneumologue traitant. Que ce dernier ait exposé que ce trouble n'était pas incapacitant en cas de traitement (dossier intimé p. 63) n'est pas déterminant, puisqu'il ressort de l'expertise que la recourante n'était alors pas appareillée (p. 26). L'expertisée faisant état d'une fatigue intense (p. 20) et son médecin traitant ayant considéré que les apnées du sommeil avaient des répercussions sur la capacité de travail (rapport du

A/1976/2024 - 17/20 - 3 juin 2020), il était attendu de l'expert qu'il se prononce sur ce syndrome, cas échéant qu'il sollicite l'avis d'un spécialiste. 5.1.3 Sur le plan psychique, l'expert psychiatre a posé les diagnostics de trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission (F31.7), et d'anxiété généralisée (F41.1 ; p. 49). Il a expliqué que la recourante avait souffert auparavant de deux épisodes hypomaniaques et de plusieurs épisodes dépressifs, suivis de périodes d'euthymie, et que son état de santé était désormais stable (p. 41 et 45). Elle était fonctionnelle en dehors des phases d'exaltation ou d'inflexion thymique (p. 42). Par ailleurs, elle présentait une anxiété flottante de longue date, un sentiment permanent de nervosité, une tension musculaire, notamment cervicale et bi- scapulaire. Elle

éprouvait des sensations de tête vide et une gêne épigastrique. Elle se faisait du souci, s'attendait à des malheurs divers et avait peur que ses proches ne tombent malades ou aient un accident. Il existait un facteur de stress chronique, celui de décompenser une nouvelle fois une phase thymique basse du trouble affectif bipolaire (p. 49). Le Dr E_____ a tenu compte du caractère imprévisible des manifestations thymiques du trouble affectif bipolaire (p. 51) et évalué la capacité de travail de l'expertisée à 50% dans son activité habituelle de logopédiste, depuis 2017 (p. 52). La chambre de céans relève que l'expert a expliqué que la guérison du trouble affectif bipolaire était illusoire (p. 51) et que cette atteinte avait des répercussions sur la capacité de travail (p. 52), qui était nulle lors des phases d'inflexion thymique du trouble (p. 51). Il n'a cependant pas du tout précisé la durée de ces phases, ni ne s'est prononcé sur la fréquence de l'alternance des phases d'euthymie et d'inflexion thymique. De plus, elle observe avec la recourante que l'anamnèse contient une contradiction importante concernant les abus sexuels subis dans l'enfance. Dans ces circonstances, les conclusions de l'expert psychiatre quant à l'existence d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle de logopédiste ne sont pas convaincantes. À ce propos, il sera encore rappelé que la psychiatre traitante a contesté que le trouble affectif bipolaire puisse être considéré comme étant en « rémission », et qu'elle a expliqué que sa patiente alternait « régulièrement » une phase dépressive avec une phase subdépressive, ces décompensations survenant en raison d'une exacerbation aigüe de l'anxiété généralisée, et ce malgré la prise d'un traitement conséquent (rapport du 13 juin 2024). 5.1.4 Eu égard à ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise rhumato-psychiatrique du 9 mai 2022 ne peut pas se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé, à charge pour lui de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumato-psychiatrique, dans la mesure où, comme on le verra ci-après, la cause doit de toute manière lui être retournée pour instruction complémentaire sur les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère.

A/1976/2024 - 18/20 - Dans le cadre du complément d'instruction, il incombera à l'intimé de recueillir toutes les pièces utiles auprès des médecins traitants, tels que l'IRM du 6 mai 2022 évoquée dans le rapport du neurologue traitant du 1er juin 2022 et les documents relatifs aux interventions subies, afin de remettre un dossier complet aux nouveaux experts. L'intimé appréciera également, à l'aune de ces documents médicaux, l'opportunité de compléter la nouvelle expertise par d'autres volets (notamment orthopédique et pneumologique). 5.2 Pour l'évaluation de l'empêchement dans la sphère ménagère, l'intimé s'est contenté d'un entretien dans ses locaux avec la recourante, alors qu'il se devait de procéder à une évaluation concrète au domicile de l'intéressée, selon la jurisprudence. 5.2.1 Certes, il est possible, selon le chiffre 3600 de la Circulaire sur l'invalidité et les rentes dans l'assurance-invalidité établie par l'Office fédéral des assurances sociales (CIRAI, dans son état au 1er janvier 2024 ici applicable) auquel se réfère l'intimé, de renoncer à l'enquête sur place, en le justifiant brièvement dans le dossier, si la situation personnelle de l'assuré et les effets de son état de santé sur les activités relevant de ses travaux habituels sont déjà suffisamment connus de l'office AI et documentés dans le dossier. Or, tel n'est pas le cas en l'espèce, les experts n'ayant pas été expressément invités à se déterminer sur les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère (dossier intimé p. 112-115 portant sur le formulaire « Structure de l'expertise » adressé aux experts). Il sera en outre relevé que l'expert psychiatre a retenu qu'il existait, lors des phases d'inflexion thymique, une limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence (p. 48) et que l'expert rhumatologue a indiqué que l'intéressée était limitée selon le profil d'effort et lui a

recommandé de consulter un centre de la douleur spécialisé pour l'apprentissage des gestes d'épargne du rachis (p. 33). En outre, la recourante a déclaré que son mari et elle avaient dû engager une femme de ménage qui effectuait le « gros du ménage » et le repassage (dossier intime p. 215). 5.2.2 Force est ainsi de constater que l'instruction menée par l'intimé est lacunaire et que la cause doit lui être renvoyée afin qu'il mette en œuvre une enquête ménagère au domicile de la recourante, après avoir demandé aux nouveaux experts d'examiner également si les troubles présentés par la recourante et les limitations somatiques et psychiques qui en découlent ont des répercussions dans la sphère ménagère, depuis le 1er avril 2020, période déterminante pour l'éventuel droit à une rente d'invalidité (cf. consid. 2.2). Cela fait, l'intimé est invité à expliquer en détail sur quelle base il estime que, pour une constitution familiale telle que celle de la recourante (mère en couple élevant un enfant de 18 ans et plus), le nombre d'heures par semaine pour la tenue

A/1976/2024 - 19/20 - du ménage serait de 28h18. En l'état, la chambre de céans constate que, selon le tableau T 03.06.02.07 « travail domestique et familial : mères en couple élevant un enfant » établi par l'Office fédéral de la statistique, auquel semble s'être référé l'intimé, une mère en couple, active entre 50 et 89%, élevant un enfant âgé entre 18 et 24 ans consacre en moyenne 29.4 heures par semaine au travail domestique et familial, pour l'année 2020. 6. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée, et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est assistée d'un avocat, a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1976/2024 - 20/20 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

E. 8

al. 3 LPGA). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26

mars 2018 consid. 6.2 et I.733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête

A/1976/2024 - 14/20 - ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005). La situation est toutefois différente en présence de troubles d'ordre psychique. Dans un tel cas, en présence de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence). Il existe dans l'assurance-invalidité, ainsi que dans les autres assurances sociales, un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).

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