

GE_GERICHTE ATAS/159/2015 vom 2. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_159_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/159/2015 du 2 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/159/2015 del 2 marzo 2015

Erwägungen

E. 16

La chambre de céans a communiqué à la recourante copie de la détermination de l'intimé, en lui octroyant un délai pour venir consulter les pièces du dossier et faire part à la juridiction de céans de ses observations éventuelles en y joignant toutes pièces utiles. La recourante ne s'est pas manifestée.

E. 17

Par communication du 16 septembre 2014, la chambre de céans a informé les parties que la cause était gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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

A/2092/2014 - 8/17 - 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. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral

des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du

E. 22

juin 2005, FF 2005 p. 4322). 4. Dans le cadre d'un litige portant sur l'existence ou non d'une atteinte à la santé à caractère invalidant, il convient d'admettre que le médecin traitant de la recourante est un mandataire professionnellement qualifié au sens de l'art. 9 al. 1 LPA. Bien que le courrier de cette dernière, daté du 8 juillet 2014, s'écarte nettement du libellé usuel d'une procuration établie en vue d'une représentation judiciaire, ce serait faire preuve de formalisme excessif que d'exiger que l'acte de recours soit également signé par la recourante (cf. ATAS/758/2011). Pour le surplus, interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. 6. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain

A/2092/2014 - 9/17 - toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). 7. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 8. Conformément à l'art. 8 al. 1er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1er du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de

l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil

A/2092/2014 - 10/17 - d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). 9 a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), 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. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b) 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. 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 LPG et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPG). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le

temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des

A/2092/2014 - 11/17 - travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). c) Concrètement, lorsque l'assuré ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'il effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'il aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'il pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que l'assuré aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse – et non celui qu'il aurait pu réaliser s'il avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) – est comparé au gain hypothétique qu'il pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Sur ce dernier point, il y a lieu, en principe, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, de se référer aux données salariales telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Toutefois, il n'est pas nécessaire de procéder par ce biais lorsque l'assuré est en mesure, malgré son handicap, d'exercer – fût-ce avec une diminution de rendement – l'activité pratiquée antérieurement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_599/2011 du 13 janvier 2012, consid. 4.1). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 3.2). 10. a) 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). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son

A/2092/2014 - 12/17 - travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). b) 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 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation

A/2092/2014 - 13/17 - d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 11. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit

claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b) 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). c) 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). d) 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

A/2092/2014 - 14/17 - 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). 12. En l'espèce, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise rhumatologique du Dr F_____ du 4 mars 2014 pour évaluer l'invalidité de la recourante dans la part relative à l'activité lucrative.

Force est de constater que ce rapport se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique approfondi de la recourante et qu'il tient compte de ses plaintes. Le rapport a en outre été établi en pleine connaissance du dossier ; ses conclusions sont dûment motivées et ne laissent apparaître aucune contradiction.

Selon l'expert, les troubles constatés n'empêchent ni la poursuite de l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire à 50% (d'un plein temps, diminution de rendement incluse), laquelle est adaptée à ses limitations, ni l'exercice, au même taux (diminution de rendement incluse), d'une autre activité adaptée à ses limitations, c'est-à-dire, qui permette d'alterner les positions assise et debout, n'implique pas de devoir porter ou soulever des charges de plus de 10 kg, de travailler en position de porte-à-faux avec le buste, de marcher dans les escaliers et de réaliser des travaux avec les deux membres supérieurs au-dessus de l'horizontale ou nécessitant des mouvements de rotation de la nuque.

Sans citer nommément le rapport d'expertise, le Dr B_____ soutient que dans le contexte d'une maladie de type collagénose sévère, la recourante ne serait absolument plus en mesure d'exercer une quelconque activité et qu'elle devrait par conséquent bénéficier d'une rente d'invalidité entière. On relève cependant que la position du Dr B_____ a fluctué au fil du temps, sans qu'il s'en explique : alors qu'il indiquait dans son rapport du 1er

novembre 2012 qu'il n'avait pas délivré d'arrêt de travail (« Je ne fais pas d'arrêt de travail »), il a apparemment modifié son point de vue dans son rapport du 2 mars 2013 en faisant état d'une incapacité de travail complète, uniquement dans l'activité de patrouilleuse scolaire, malgré des diagnostics identiques (polyarthralgies et syndrome de Sjögren) et un état de santé qualifié de stationnaire depuis le rapport du 1er novembre 2012. Par ailleurs, il ne ressort pas non plus des explications fournies par le Dr B _____ dans l'acte de recours que l'état de santé de la recourante se serait modifié entre la date de l'expertise et celle de la décision querellée. Ainsi, non contents de présenter des contradictions, les rapports successifs du Dr B _____ ne font pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de ce dernier. Il apparaît au contraire que le Dr B _____ se borne à apprécier de manière différente l'impact des troubles diagnostiqués par l'expert sur la capacité de travail exigible de l'intéressée. Ainsi, conformément à la jurisprudence précitée, il n'y a pas lieu de procéder à de plus amples investigations sur la base d'une telle divergence d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2),

A/2092/2014 - 15/17 - non motivée de surcroît. Force est donc de constater que les rapports successifs du Dr B _____ ne remettent pas en cause la valeur probante du rapport d'expertise du Dr F _____. Il en va de même des autres rapports médicaux versés à la procédure, compte tenu de leur caractère incomplet. En conséquence, il convient de retenir sur la base de l'expertise du Dr F _____ que la recourante est toujours en mesure d'exercer son activité de patrouilleuse scolaire, au moins au même taux que précédemment, et qu'il n'existe partant aucune invalidité dans la sphère professionnelle. 13. En l'espèce, l'OAI a retenu un statut mixte pour la recourante, l'enquêtrice qui a procédé à l'enquête ménagère ayant considéré que sans l'atteinte à la santé, l'assurée aurait conservé son activité de patrouilleuse scolaire à raison de 11 heures par semaine (27.5%) et consacré le reste du temps à ses activités ménagères (72.5%). Cette pondération des activités entre activité professionnelle et tâches ménagères n'est remise en cause par la recourante, ni dans son principe, ni dans sa quotité, de sorte que l'on retiendra le statut mixte de la recourante pour l'évaluation de l'invalidité. 14. Quand bien même la recourante ne conteste pas l'enquête ménagère, il y a lieu d'examiner celle-ci, étant donné que l'intéressée conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ce qui implique une appréciation différente de ses empêchements dans le ménage.

En l'espèce, l'enquête a été effectuée au domicile de la recourante. L'enquêtrice a visité l'appartement, tenu compte des indications de l'intéressée sur les tâches qu'elle accomplissait elle-même par le passé et qu'elle accomplit encore avec l'aide de son mari et de son fils depuis son atteinte à la santé. La chambre de céans relève à cet égard que la fixation d'une exigibilité globale de 29.1 % à la charge du mari et du fils dans la sphère ménagère (cf. rubrique "commentaires") paraît tout à fait admissible et se situe dans la norme des taux retenus pour des ménages comparables comprenant un conjoint et/ou un ou plusieurs enfants déjà grands (cf. ATAS 36/2015 du 20 janvier 2015 ; ATAS 255/2013 du 13 mars 2013; ATAS 131/2013 du 5 février 2013; ATAS 1273/2012 du 23 octobre 2012). Pour le surplus, le texte du rapport apparaît plausible, motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations et indications relevées sur place. Ainsi, en l'absence d'indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête, ce rapport doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En conséquence, la chambre de céans s'en tiendra à l'évaluation de l'enquêtrice, selon laquelle le degré

d'invalidité dans la sphère ménagère est de 11 %. 15. Au taux d'invalidité de 0% pour la part relevant de l'activité lucrative (cf. consid. 12 supra), s'ajoute ainsi le taux d'invalidité pour la sphère ménagère ($[15 \times 73] \div 100$) portant à 10,95 % (= 11 % après arrondissement) le taux d'invalidité global, ce qui demeure insuffisant pour ouvrir le droit à une rente.

A/2092/2014 - 16/17 - 16. Un taux d'invalidité de 11% étant trop faible pour ouvrir droit à une rente, il reste à examiner si la recourante peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel. En l'espèce, un tel droit doit être nié puisqu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que son handicap ne l'empêche pas, d'un point de vue médical, de poursuivre l'emploi qu'elle exerçait jusque-là, ce au même taux (27 %) voire à un taux supérieur (50 % ; art. 8 al. 1er let. a LAI). 17. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. La procédure n'étant plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/2092/2014 - 17/17 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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