

GE_GERICHTE ATAS/364/2017 vom 9. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_364_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/364/2017 du 9 mai 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/364/2017 del 9 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

a. 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

A/153/2016 - 16/30 - 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, la décision litigieuse ayant été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours, interjeté le 15 janvier 2016 contre la décision litigieuse du 15 décembre 2015, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), étant par ailleurs relevé que le délai de recours était suspendu du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c LPGA et art. 89C let. c LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante, non représentée par un avocat, a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). Son recours satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY /Bettina KAHIL-WOLFF /Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il 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

A/153/2016 - 17/30 - jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

a. 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; 127 V 467 consid. 1 et les références; concernant la procédure, 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; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, la décision querellée du 15 décembre 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI précitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la LAI dans sa teneur actuelle (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, il sied d'indiquer que les révisions 4, 5 et 6a de cette loi n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). b. S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent en règle générale une version formalisée sur le plan de 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).

A/153/2016 - 18/30 -

E. 4

Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité en raison de ses atteintes à la santé.

E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1; Pierre-Yves GREBER, L'assurance- vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER /Bettina KAHIL- WOLFF /Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer

A/153/2016 - 19/30 - respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI).

E. 6

a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir 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 recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. 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). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. 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 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 consid. 6.2.1). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas 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

A/153/2016 - 20/30 - générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). 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 I.308/04 et I.309/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2; I.681/02 du 11 août 2003 consid.4.2 et 4.4). 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 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 I.257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

E. 7

a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). b. 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

A/153/2016 - 21/30 - 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). c. 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. c/aa. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). c/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne

saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

A/153/2016 - 22/30 - c/cc. 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).

E. 8

a. 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 malade, 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 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. À 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). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). b. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour

A/153/2016 - 23/30 - que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF

127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 9

a. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante, qui se plaint de douleurs diffuses dans tout le corps, en particulier, des lombalgies chroniques, est atteinte dans sa santé. La question déterminante consiste toutefois à établir si ses atteintes sont invalidantes ou non. b. Dans le cadre de la demande de prestations du 3 juin 2014, les Drs C_____ et D_____ ont fait état de diagnostics ayant un effet sur la capacité de travail de la recourante, soit des lombalgies chroniques, une insomnie chronique avec grosse fatigue, une polyarthralgie type fibromyalgie et des troubles anxieux avec tachycardie. Les examens effectués révèlent des troubles dégénératifs du rachis lombaire (l'IRM du 27 décembre 2013 illustre essentiellement des signes de surcharge des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1, sans discopathie ni scoliose) et des lombalgies de type mécanique (rapport de la Dre F_____ du 28 mars 2006). Lors de l'examen clinique du 18 juillet 2014 par le Dr D_____, les manœuvres de Lasègue étaient négatives. En dépit des infiltrations dans le rachis lombaire, les douleurs à ce niveau n'avaient pas cessé, de sorte que ce médecin a conclu à des douleurs sans substrat organique identifiable. Selon le Dr C_____, la recourante ne pouvait rester ni debout, ni assise pendant plus de trente minutes et ne pouvait porter des charges depuis quatre ans, de sorte que sa capacité de travail était nulle depuis le 8 janvier 2010 (rapports des 3 juillet et 20 novembre 2014). Sur le plan psychique, alors que la recourante ne consultait pas un spécialiste en la matière, elle prenait occasionnellement du Temesta en cas de crises d'angoisse. c. Afin de déterminer la nature de l'atteinte à la santé et les éventuels empêchements résultants des problèmes de santé, une expertise rhumatologique et psychiatrique a été réalisée, sur la base de laquelle l'intimé considère que les atteintes dont souffre la recourante n'entraînent pas une influence sur sa capacité de travail.

E. 10

a. Le rapport d'expertise bidisciplinaire du 22 septembre 2015 prend en compte l'anamnèse, le dossier médical et les plaintes de la recourante. À la suite de deux examens effectués les 24 juin et 18 août 2015, les experts ont retenu une composante de fibromyalgie, des rachialgies diffuses non déficitaires dans un contexte de légers troubles statiques et de troubles dégénératifs débutants du rachis lombaire et un status post lésion cartilagineuse du coude droit. Ces atteintes étaient cependant non incapacitantes. La recourante ne présentait aucune limitation fonctionnelle d'ordre ostéoarticulaire ou psychiatrique. Ainsi, la recourante disposait d'une capacité de travail entière dans toute activité, y compris dans l'activité de femme au foyer.

A/153/2016 - 24/30 - b. Les conclusions des experts sont convaincantes, motivées et ne comprennent pas de contradictions. b/aa. En effet, ils ont rappelé que les rapports médicaux antérieurs décrivaient une affection ostéoarticulaire de peu de gravité. Sous l'angle rhumatologique, lors de l'examen clinique, la fréquence cardiaque était normale, sans arythmie, sans signes d'insuffisance cardiaque. L'abdomen était souple, non ballonné, indolore à la palpation et les bruits étaient normaux. L'examen neurologique excluait une sciatalgie irritative. La mobilité des coudes était complète, la recourante n'avait pas de flexum. Elle ne présentait pas d'hypermobilité articulaire généralisée. La mobilité des hanches était douloureuse en flexion et lors des rotations au niveau rétrotrochantérien ddc. Il existait une composante de périarthrite de hanches bilatérale. Il s'agissait d'une inflammation de l'insertion de la musculature fessière sur le grand trochanter, sans signes

de gravité. La recourante n'avait pas de coxarthrose. La musculature était conservée aux membres inférieurs. Elle marchait normalement à plat. Les médecins ont retenu 8 points de Smythe positifs pour une composante de type fibromyalgique. S'agissant du rachis cervical, la recourante ne manifestait pas de douleurs à la palpation. Les mouvements automatiques de la nuque étaient normaux. La mobilité lombaire était, quant à elle, douloureuse. Elle éprouvait des douleurs multi-étagées à la palpation du rachis dorsolombaire, prédominant au niveau dorsal haut, au niveau de la charnière dorsolombaire et sur les deux derniers étages lombaire, sans contracture musculaire. Cela étant, les transferts assis-débout étaient effectués normalement, et les transferts couché-assis au ralenti. Les troubles dégénératifs du rachis lombaire, non significatifs, étaient compatibles avec l'âge de la recourante. b/bb. Sous l'angle psychiatrique, aucun trouble de la mémoire, de la concentration ou de l'attention n'était constaté. Dans son discours, la recourante n'incluait pas d'éléments florides de la lignée psychotique. Elle ne présentait aucun sentiment de culpabilité, aucun trouble panique ou de l'anxiété, ni aucune tristesse. Son visage s'animaient. Elle ne présentait pas d'adynamisme ou de trouble notable de l'appétit. Si elle avait déclaré manger mal, elle l'attribuait au fait qu'elle vivait à ce moment-là dans un hôtel dans l'attente d'avoir son appartement. Même si elle avait signalé une insomnie, elle présentait un bon dynamisme et ne prenait aucun traitement hypnotique. Elle avait des relations sociales et s'entretenait avec ses enfants. Ainsi, aucun symptôme n'indiquait un épisode dépressif majeur, ni une pathologie psychiatrique grave. c. Force est ainsi de constater que ce rapport d'expertise répond aux critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante.

E. 11

a. Cela étant, la recourante a versé au dossier de nouveaux rapports médicaux pour soutenir qu'elle n'est pas apte à travailler. Il sied, au préalable, d'examiner si la chambre de céans peut tenir compte desdits rapports, dans la mesure où ils ont été

A/153/2016 - 25/30 - produits postérieurement à la décision querellée, et si, le cas échéant, ils discréditent l'expertise bidisciplinaire. b. 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). c. En l'espèce, l'IRM cervicale du 23 décembre 2015 fait état d'une spondylarthrose étagée avec prédominance de l'arthrose interapophysaire postérieure au niveau C3-C4 à droite et avec prédominance de la disco-uncarthrose au niveau C5-C6. La recourante présentait des cervicalgies chroniques avec une prédominance à droite et une irradiation des douleurs au niveau de l'épaule (rapport du Dr I._____ du 21 mars 2016). Force est de constater que les cervicalgies chroniques (invisibles sur l'IRM de décembre 2015) n'étaient pas connues au moment de l'expertise bidisciplinaire, laquelle avait uniquement mis en évidence des lombalgies non incapacitantes. Dans sa demande de prestations, la recourante n'avait d'ailleurs pas invoqué de cervicalgies. c/aa. Les cervicalgies, en tant que nouvelles atteintes, devraient faire l'objet d'une nouvelle demande de prestations. Il faut cependant relever que les infiltrations cervicales effectuées avaient permis à la recourante d'être asymptomatique, sans douleur cervicale spontanée ou à la

mobilisation (cf. rapport du Dr I_____ du 21 mars 2016). Le contrôle scanographique avait montré l'apparition d'une géode au niveau facettaire C4, dont l'examen avait exclu une arthrite infectieuse (rapport du Dr I_____ du 5 avril 2016, compte-rendu d'IRM cervicale du 29 avril 2016). Dans son rapport du 9 mai 2016, la Dre L_____ avait constaté qu'à l'examen clinique, la marche était normale sans déficit sensitif tactile grossier aux quatre membres. Il n'y avait pas de déficit moteur des membres supérieurs proximal ni distal. La recourante présentait de nombreux lâchages musculaires au testing musculaire des membres inférieurs, mais sans déficit moteur global (elle pouvait marcher et tenir l'appui monopodal ddc). Elle présentait une limitation active des rotations et flexions/extensions du rachis cervical, sans limitation passive de ces amplitudes. Il n'y avait pas de déficit moteur des trapèzes, ni de douleur des trapèzes ni des épineuses cervicales ni en paravertébral. Elle toussait pendant l'examen, mais l'auscultation pulmonaire était normale. La praticienne a conclu qu'il existait une inflammation en regard de l'articulation interapophysaire postérieure C3-C4 droite, pouvant s'agir d'une poussée congestive d'arthrose ou d'une infection. Toutefois, l'IRM cervicale du 31 mai 2016 révélait que les anomalies au niveau C3-C4 à droite étaient globalement en diminution, sans visualisation d'image faisant

A/153/2016 - 26/30 - suspecter un abcès à pyogène. Dans son rapport du 22 juin 2016, la Dre L_____ mentionne que la recourante pouvait tenir la hanche fléchie pour faire ses lacets et n'avait aucune difficulté à l'habillage. La recourante avait des douleurs diffuses du rachis, sans douleur élective cervicale droite. c/bb. Force est de conclure que l'aggravation de l'état de santé de la recourante (les cervicalgies), alléguée en cours de procédure, mais améliorée avant même le prononcé du présent arrêt, ne remet pas en cause les conclusions de l'expertise bidisciplinaire sous l'angle ostéoarticulaire. c/cc. D'un point de vue psychiatrique, les nouveaux rapports médicaux font état de malaises répétés et de crises d'angoisse extrême. La recourante était frustrée lorsque son fils avait organisé une réunion en son absence alors que le père avait été convié (cf. rapport du Dr J_____ du 15 mars 2016). Les malaises étaient limités à deux-trois minutes. Le regard était déshabité, la mâchoire crispée, la main gauche tremblait. La rupture de contact était partielle, sans fatigue post-critique. Ce phénomène était trop bref pour une attaque de panique, et faisait plutôt évoquer des crises frontales (cf. rapport du Dr J_____ du 21 mars 2016). Ces faits n'étaient pas connus lors de l'expertise bidisciplinaire. Cela étant, la recourante souffrait de crises d'origine psychogène, manifestées lors des situations de contrariété ou de stress. Les facteurs de risque étaient les conflits avec les enfants et son ex-époux (cf. rapport de la Dre N_____ du 11 mai 2016), soit un état dépressif réactionnel à un conflit familial traité par Valdoxan (cf. rapport du Dr J_____ du 30 mai 2016), médicament qui lui permettait de se sentir mieux (cf. rapport du Dr J_____ du 31 mars 2016). Dans son rapport du 27 juin 2016, le Dr O_____ a posé les diagnostics d'épisode dépressif moyen, de probable personnalité borderline et de probable troubles dissociatifs. La recourante présentait une décompensation de l'humeur avec au premier plan un sentiment d'épuisement physique et moral en lien avec des douleurs décrites comme étant quotidiennes et sévères ainsi qu'avec une situation de précarité sociale et financière. Était observée une tristesse avec une baisse de l'élan vital, une perte d'initiative, une anhédonie partielle et une forte altération de l'estime de soi. Les relations interpersonnelles semblaient problématiques tant avec ses proches qu'avec ses médecins, ce qui générait une détresse importante. Devant l'absence d'explication satisfaisante et d'amélioration de ses symptômes, la recourante pouvait présenter des moments de désespoir, accompagnés d'idées de mort passives. L'anamnèse révélait un trouble identitaire avec des sensations de vides récurrentes, une labilité

émotionnelle, une tendance aux relations interpersonnelles instables et une nette tendance à la dichotomisation avec passages entre une idéalisation et une dévalorisation extrêmes pouvant expliquer les échecs maritaux, le cercle social actuellement pauvre et des relations parfois difficiles avec ses enfants. Ces éléments suggéraient fortement un trouble de personnalité, probablement émotionnellement labile, de type borderline. Au vu de la problématique des épisodes paroxystiques de ruptures de contact atypique pour lesquels une origine psychogène était actuellement la plus probable,

A/153/2016 - 27/30 - l'assuré présentait un probable trouble de la personnalité. Les crises présentées pouvaient correspondre à des épisodes dissociatifs, déclenchés par un stress débordant les capacités adaptatives de l'assurée. Ces problèmes de nature psychiatrique altéraient sa capacité de travail. Force est de constater que les médecins relèvent avant tout des facteurs psychosociaux (le conflit familial, la précarité sociale et financière), soit des facteurs étrangers à l'invalidité, dont l'office AI n'a pas à répondre (ATF 127 V 294 consid. 5a). Ainsi, les diagnostics retenus par le Dr O_____ ne remettent pas en cause l'expertise bidisciplinaire sous l'angle psychiatrique. c/dd. Dans son rapport du 17 octobre 2016, le Dr O_____ a indiqué que depuis juillet 2016, il avait constaté une péjoration de l'humeur dépressive de la recourante ainsi que la survenue de symptômes psychotiques sous forme d'hallucinations auditives. La recourante rapportait qu'elle entendait des personnes qui s'adressaient à elle, lesquelles lui faisaient des commentaires, se moquaient d'elle et l'insultaient. Elle avait développé des idées de persécutions au sujet de ses voisins. Elle avait arrêté le traitement de Valdoxan et un traitement d'olanzapine avait été introduit depuis une semaine, soit dès le 10 octobre 2016. Ces symptômes découverts en juillet 2016 n'ont pas été pris en compte lors de l'expertise de septembre 2015, ni dans la décision querellée. Si l'état de santé de la recourante s'est effectivement détérioré sous l'angle psychiatrique, comme pourrait le laisser entendre le rapport du Dr O_____ du 17 octobre 2016, il appartient à cette dernière de déposer une nouvelle demande de prestations, en invoquant une telle aggravation, à la suite de laquelle l'office intimé devra procéder à des investigations avant de rendre une nouvelle décision. d. Au vu des développements qui précèdent, les nouveaux éléments médicaux relatifs aux cervicalgies et aux malaises anxieux et dépressifs d'origine psychosociale ne permettent pas d'écarter les conclusions de l'expertise bidisciplinaire, selon lesquelles la recourante présente une capacité de travail entière dans toute activité, ainsi que dans son activité de femme au foyer.

E. 12

a. Cela dit, l'intimé a retenu le statut de ménagère, mais n'a pas mis en œuvre une enquête ménagère en vue de déterminer l'éventuel impact des atteintes à la santé dans la sphère ménagère. Il y a donc lieu d'examiner si ce procédé est valable. b. Au préalable, on relèvera que c'est à juste titre que l'intimé a retenu le statut de ménagère. En effet, quand bien même la recourante possède un diplôme de l'école de commerce et bien qu'elle ait travaillé d'août 1983 à décembre 1990, date à partir de laquelle elle a interrompu son activité professionnelle pour se consacrer à l'éducation de ses enfants, elle n'a, depuis lors, jamais travaillé, et a donc été inactive durant vingt-cinq ans (jusqu'au prononcé de la décision querellée), ce que son compte individuel AVS confirme. Aucune pièce n'atteste une quelconque recherche d'emploi, ne serait-ce qu'à temps partiel. Lorsque son ex-époux l'a mise

A/153/2016 - 28/30 - à la porte en 2012 (cf. rapport du Dr J_____ du 15 mars 2016), alors que ses enfants avaient entre 13 et 22 ans, soit des âges n'exigeant pas que leur mère leur

consacre son plein temps, et qu'elle ne pouvait plus compter sur l'aide financière de son ex-époux, la recourante n'a pas tenté de se réintégrer dans la vie professionnelle. Elle a déposé la demande de prestations spécifiant qu'elle était femme au foyer. Lors de l'expertise bidisciplinaire en 2015, à la question de savoir si elle se sentait apte à travailler en tant qu'employée de commerce, elle avait répondu « pas du tout » (alors que ses atteintes à la santé ne sont pas invalidantes). Par conséquent, au moment où la décision litigieuse a été rendue, sans atteinte à la santé, la recourante n'aurait pas exercé une activité lucrative. c. Ainsi qu'on vient de le mentionner, en dépit du statut de ménagère, le dossier ne contient pas d'enquête ménagère. Toutefois, en vertu de l'art. 28a al. 2 LAI, l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative est évaluée en fonction de son incapacité à accomplir des travaux habituels lorsque l'on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative. c/aa. En l'espèce, l'expertise bidisciplinaire de décembre 2015 conclut à une pleine capacité de travail dans toute activité, y compris a fortiori dans l'activité de femme au foyer. À cette occasion, la recourante avait déclaré qu'elle cuisinait, mais qu'elle ne pouvait pas porter une casserole remplie d'eau. Elle enlevait la poussière, mais se bloquait le dos en passant l'aspirateur. Elle était incapable de porter le bac de lessive et ne repassait plus. Toutefois, dans sa demande de prestations du 3 juin 2014, la recourante a noté qu'elle souffrait d'atteinte à la santé depuis plusieurs années déjà, notamment des douleurs aiguës au dos et aux articulations depuis vingt ans, soit depuis 1994, ce qui ne l'a pourtant pas empêchée de s'occuper de son ménage et de ses enfants. Dans son rapport du 18 juillet 2014, le Dr D._____ a écrit que, si la mobilisation du rachis lombaire était douloureuse en extension, il n'y avait pas de blocage. Elle pouvait se pencher pour faire ses lacets et n'avait aucune difficulté à l'habillage (cf. rapport de la Dre L._____ du 22 juin 2016). Qui plus est, selon la jurisprudence, par souci de réduire le dommage dans la sphère ménagère, on peut raisonnablement exiger de la recourante qu'elle ne porte pas une casserole remplie d'eau (elle peut en lieu et place mettre de l'eau, à faibles quantités, à plusieurs reprises jusqu'à ce que la casserole soit remplie). De la même manière, elle peut prévoir d'autres moyens afin d'éviter de porter un bac de lessive lourd, et aménager des pauses lorsqu'elle repasse son linge. Ainsi, on doit conclure qu'en présence d'une capacité de travail entière dans toute activité, il n'y a pas d'invalidité ménagère. Il s'ensuit que, dans ces circonstances, la mise sur pied d'une enquête ménagère est superflue. c/bb. À cet égard, la chambre de céans a déjà eu l'occasion de traiter un cas similaire, dans lequel l'assurée, dont le statut était celui de ménagère, disposait d'une pleine capacité de travail, de sorte que c'était à juste titre que l'office intimé n'avait pas effectué une telle enquête (ATAS/722/2014 du 16 juin 2014 consid. 20). Dans un autre cas, où l'assurée avait également un statut de ménagère et éprouvait

A/153/2016 - 29/30 - des douleurs liées à un syndrome vertébral ainsi qu'une affection psychiatrique, en raison de facteurs psychosociaux, la chambre de céans avait estimé que les avis médicaux au dossier permettaient de confirmer l'absence de pathologie invalidante sur la capacité de travail, si bien que l'assurée pouvait assumer ses tâches ménagères. En conséquence, il était inutile d'ordonner une enquête ménagère (ATAS/518/2014 du 15 avril 2014 consid. 12 et 13). Saisi d'un recours dans cette affaire, le Tribunal fédéral a confirmé que, puisque l'assurée ne subissait pas d'incapacité de travail en tant que femme de ménage, on ne saurait reprocher aux juges cantonaux d'avoir renoncé à mettre sur pied une enquête ménagère (arrêt du Tribunal fédéral 9C_428/2014 du 7 août 2014 consid. 4.4).

En conséquence, le recours sera rejeté. Il sera rappelé à la recourante qu'elle peut, à tout moment, déposer une nouvelle demande de prestations, munis de nouveaux rapports médicaux, si elle estime que son état de santé s'est aggravé en raison de cervicalgies ou de troubles psychotiques.

E. 14

La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA) depuis le 1er juillet 2006, au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-.

A/153/2016 - 30/30 - 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.