

## **GE\_GERICHTE ATAS/638/2013 vom 26. Juni 2013**

GE Cour de justice, 2013-06-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_638\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_638_2013)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/638/2013 du 26 juin 2013

IT: GE\_GERICHTE ATAS/638/2013 del 26 giugno 2013

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur depuis 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).

A/1643/2012 - 14/26 - La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

#### **E. 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 modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

#### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le degré d'invalidité présenté par la recourante et plus particulièrement sur l'évaluation de la capacité de travail et de la capacité à effectuer les travaux ménagers.

#### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de

réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

## **E. 6**

a/aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

A/1643/2012 - 15/26 - Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). b/aa) La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. A ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3). b/bb) En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur

le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de

A/1643/2012 - 16/26 - troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

A/1643/2012 - 17/26 - Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus

que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

## **E. 7**

a) 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. 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).

A/1643/2012 - 18/26 - 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 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). 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 LPGA); 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 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).

## **E. 8**

a/aa) 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 (CIIAI). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. b) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu

A/1643/2012 - 19/26 - obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle 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). 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 (ATF non publié 9C\_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2).

## **E. 9**

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a tout d'abord besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256, consid. 4; ATF 115 V 133, consid. 2). b) 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 convient 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; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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

A/1643/2012 - 20/26 - écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

## **E. 10**

a) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Le juge

cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié

A/1643/2012 - 21/26 - 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

## **E. 11**

a) En l'espèce, l'intimé se fonde sur deux expertises – rhumatologique et psychiatrique – pour refuser le droit aux prestations de la recourante. Il y a donc lieu d'examiner la valeur probante desdites expertises. a/aa) Concernant tout d'abord le rapport d'expertise du Dr N\_\_\_\_\_, il correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels précités. Il se fonde en effet sur l'étude du dossier médical complet, établit l'anamnèse de l'assurée et relate ses plaintes. L'expert a posé ses diagnostics - qui ne sont au demeurant pas contestés par la recourante - après des examens minutieux et ses conclusions sont claires et motivées. L'expert a notamment expliqué les motifs pour lesquels son appréciation de la capacité de travail se différencie de celle de la Dresse H\_\_\_\_\_, dans la mesure où il n'avait constaté ni amyotrophie ni trouble neurologique faisant évoquer un syndrome radiculaire. Compte tenu des constatations cliniques, le Dr N\_\_\_\_\_ a notamment retenu que l'assurée était capable de travailler à 80% dans son ancienne activité – qu'il a d'ailleurs qualifiée d'adaptée dans la mesure où la recourante s'occupait de ses employeurs et effectuait du gardiennage, toutes les activités lourdes étant effectuées par des tierces personnes. La capacité de travail était en outre entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles suivantes : mouvements en porte-à-faux, port de charges de plus de 5kg avec long bras de levier, mouvements combinés de rotation-rétro-flexion, longs trajets en voiture ainsi que positions immobiles assises ou debout prolongées. Partant, une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise du Dr N\_\_\_\_\_ et il y a donc lieu de considérer que le syndrome cervico-brachial et les lombopygalgies récurrentes dont souffre la recourante entraînent une incapacité de travail de 20% dans l'activité habituelle et une totale capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Cela étant, le Dr N\_\_\_\_\_ a également fait état d'une fibromyalgie. Cependant, pour qu'une telle atteinte puisse être considérée comme invalidante, elle doit être associée à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la

A/1643/2012 - 22/26 - capacité de travail pouvant conduire à une invalidité. Partant, il y a donc lieu d'examiner la valeur probante de l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_. a/bb) S'agissant de cette dernière expertise, force est de constater qu'elle comporte une anamnèse familiale, professionnelle et psychosociale détaillée, une description des plaintes subjectives de l'assurée et le compte-rendu des constatations cliniques. L'expert psychiatre a ensuite discuté le cas, tenu compte des plaintes exprimées par la patiente et posé un diagnostic selon la Classification internationale des maladies (CIM-10). Partant, l'expertise du Dr O\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante, ce qui n'est d'ailleurs contesté ni par la recourante ni par ses médecins traitants. Sur le fond, l'expert a considéré que la recourante souffrait d'une dysthymie, qui est une affection psychique correspondant au trouble F 34.1 de la CIM-10. Concrètement, il s'agit d'un abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins depuis plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou, dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger. Cette affection peut ainsi être qualifiée d'humeur dépressive qui n'atteint même pas la gravité d'un état dépressif majeur léger (voir notamment l'ATF non publié I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 4b pour les explications médicales). En d'autres termes, le Dr O\_\_\_\_\_ n'a mis en évidence aucun substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de la recourante de manière importante (voir notamment ATF non publié I 354/01 du 3 mai 2002 consid. 4b). Le Dr O\_\_\_\_\_ a ainsi considéré que l'examen psychiatrique auquel il avait procédé le 15 mars 2011 ne mettait pas en évidence de maladie psychiatrique responsable d'une atteinte à la capacité de travail de longue durée. a/cc) Reste encore à examiner si la fibromyalgie relevée par le Dr N\_\_\_\_\_ est invalidante. Comme cela ressort du considérant 6b/bb supra, la dysthymie ne permet pas d'établir l'existence d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une gravité suffisamment importantes pour admettre qu'aucun effort de volonté en vue de surmonter les douleurs ayant conduit au diagnostic de fibromyalgie et de réintégrer un processus de travail n'est exigible de la part de la recourante (voir arrêt non publié I 488/04 du 31 janvier 2006). En l'absence de comorbidité psychiatrique, il doit avoir cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance mentionnés supra. Or, à l'exception des affections corporelles chroniques (syndrome cervico-brachial et les lombopygialgies récurrentes), la recourante ne remplit aucun des autres critères jurisprudentiels. Elle ne subit pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et ne présente pas A/1643/2012 - 23/26 - d'état psychique cristallisé. On ne peut pas non plus parler d'échec du traitement dans la mesure où l'atteinte psychique n'a pas nécessité un tel traitement. Partant, les troubles psychiques présentés par la recourante ne se manifestent pas avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, ils excluent toute mise en valeur de la capacité de travail. Au contraire, il y a lieu d'admettre le caractère exigible d'un effort de volonté de sa part en vue de surmonter la douleur et de se réinsérer dans un processus de travail. b) Cela étant, les expertises précitées n'ont examiné que les problématiques rhumatologique et psychique. Or, par courrier du 16 octobre 2012, le Dr J\_\_\_\_\_ a relevé plusieurs atteintes qui n'ont été examinées que très succinctement par l'OAI. Si prises isolément, elles n'ont que peu ou pas de répercussions sur la capacité de travail, les autres atteintes dont souffre la recourante (antécédents de tachycardie ventriculaire, asthme allergique, épisodes de dyspnée, atteinte auditive, déficit immunitaire IgG1), combinées entre elles, peuvent cependant restreindre sa capacité de travail ou, du moins, le type d'activités adaptées. Ainsi, par exemple, le traitement du déficit immunitaire IgG1 entraîne le jour

même un inconfort général puis, au cours des deux à trois jours suivants, une hypotension variable et une fatigue. Dans la mesure où le traitement doit être effectué toutes les six semaines, les effets secondaires peuvent durer jusqu'à 26 jours par année au total (52 sem./ 6 sem. x 3 jours) et ainsi entraîner une diminution de rendement, voire une incapacité de travailler, pendant plus d'un mois par année, soit pendant plus de 10% d'une année de service. L'asthme de la recourante présente des fluctuations importantes et imprévisibles. Selon le Dr J \_\_\_\_\_, cette atteinte permettrait éventuellement un travail léger, à mi-temps, dans un environnement exempt d'acariens et d'irritants mais non pas la reprise d'une activité de femme de ménage. Or, justement, l'OAI retient que la recourante serait capable de travailler dans son ancienne activité de femme de ménage et qu'elle serait capable d'effectuer toutes les tâches ménagères. Enfin, il ressort des pièces du dossier que la recourante présente un déficit auditif de 86,9% en moyenne. La recourante a expliqué en audience avoir souffert de plusieurs épisodes d'infection, pendant lesquels elle ne pouvait plus mettre les appareils auditifs. Or cela constitue à l'évidence un élément à prendre en considération lorsqu'il y a lieu de déterminer l'activité adaptée. Dans ce contexte, la Cour de céans constate également que la Dresse M \_\_\_\_\_ du SMR a fait état d'une activité adaptée « à traduire en termes de métier par un spécialiste de la réadaptation ». Or, quand bien même il appartient à l'assureur de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires (art. 43 al. 1 LPGA), l'OAI n'a pas fait appel au spécialiste en réadaptation pourtant préconisé par son SMR.

A/1643/2012 - 24/26 - Ainsi, dans la mesure où ni les atteintes ni l'activité adaptée n'ont été investiguées à satisfaction de droit par l'OAI, l'instruction est à l'évidence lacunaire. c) Concernant la capacité à effectuer les tâches liées à la tenue du ménage, force est de constater que l'intimé n'a pas effectué d'enquête à domicile. Dans sa réponse du 21 juin 2012, il explique qu'il s'est fondé sur les rapports d'expertise du Dr N \_\_\_\_\_ du 21 octobre 2010 et du Dr O \_\_\_\_\_ du 16 mars 2011 pour apprécier la capacité de la recourante à effectuer les tâches ménagères. D'emblée, la Cour de céans constate que les expertises du Dr N \_\_\_\_\_ et du Dr O \_\_\_\_\_ ont été réalisées près de 18 mois, respectivement plus d'un an avant la décision litigieuse. Or, la situation de la recourante a pu évoluer entre temps. De plus, dans son écriture du 25 mai 2012, la recourante explique notamment qu'elle n'est plus capable d'effectuer les tâches suivantes et que ce sont son mari et sa fille qui s'en chargent : faire du repassage, nettoyer les vitres, passer l'aspirateur, nettoyer la poussière, laver les salles de bains. En outre, bon nombre de ces activités sont proscrites par l'expert rhumatologue lorsqu'il a examiné le type d'activité professionnelle encore exigible. Enfin, la recourante souffre de dyspnée, d'asthme et d'une allergie aux acariens, atteintes qui n'ont pas été prises en considération par les experts et qui peuvent avoir une incidence sur les tâches ménagères que la recourante peut encore effectuer. Partant, force est de constater que l'instruction de l'intimé quant à la capacité de la recourante à effectuer ses tâches ménagères est également lacunaire.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans n'est pas en mesure, en l'état actuel du dossier, de tirer des conclusions définitives quant aux atteintes à la santé de la recourante et de leurs répercussions sur la capacité de travail. Le recours sera donc partiellement admis et la décision du 25 avril 2012 annulée. La cause sera renvoyée à l'OAI pour qu'il effectue une instruction médicale complète portant sur toutes les atteintes dont souffre la recourante, et non pas seulement sur les atteintes rhumatologique et psychiatrique, et qu'il sollicite l'avis

d'un spécialiste en réadaptation qui, en cas de nécessité mettra sur pied une observation professionnelle, pour déterminer l'activité adaptée à l'état de santé de la recourante. Une fois que toutes les atteintes auront été investiguées à satisfaction de droit sur le plan médical, l'OAI devra également mettre sur pied une enquête ménagère afin de déterminer dans quelle mesure la recourante est encore apte à effectuer ses tâches habituelles. La recourante n'étant pas représentée, elle ne peut prétendre à des dépens.

A/1643/2012 - 25/26 - Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/1643/2012 - 26/26 - 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.