

GE_GERICHTE ATAS/935/2015 vom 7. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_935_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/935/2015 du 7 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/935/2015 del 7 dicembre 2015

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 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.

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 343 consid. 3).

A/585/2014 - 18/35 - 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 respectivement le 1er janvier 2004, 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, la décision litigieuse du 28 janvier 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des nouvelles normes de la LPGA et 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 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

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 droit de l'assurée à des prestations de l'AI.

E. 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

A/585/2014 - 20/35 - 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 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). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré,

A/585/2014 - 21/35 - ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels. 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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

E. 5

Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). 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). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 1 LAI); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif

A/585/2014 - 19/35 - correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins. Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345).

E. 6

Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le

revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI). Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

E. 7

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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). 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 des assurances I.237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

E. 8

La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281

consid. 2.1.1. et 2.2).

A/585/2014 - 22/35 - Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 131 V 49 consid. 1.2). 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 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie à l'exception de la fatigue due au cancer (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3), à la neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131

A/585/2014 - 23/35 - V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), 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 (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

A/585/2014 - 24/35 - Il faut davantage tenir compte du degré de gravité inhérent au diagnostic du trouble somatoforme douloureux : comme « plainte essentielle », il faut une « douleur persistante, intense, s'accompagnant d'un sentiment de détresse » (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1). Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte

à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la

A/585/2014 - 25/35 - personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé

A/585/2014 - 26/35 - par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

E. 9

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 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 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). 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. 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). d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison A/585/2014 - 27/35 - de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou

juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d’autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l’ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). f. 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 au chiffre 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. 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; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). 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 générale, plus de poids que l’enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). g. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu’il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

A/585/2014 - 28/35 - dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu’ils n’auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu’il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu’une instruction est nécessaire parce que l’état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l’OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l’administration pour mise en œuvre d’une nouvelle expertise reste possible, même sous l’empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu’il s’agit de préciser un point de l’expertise ordonnée par l’administration ou de demander un complément à l’expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 10

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). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst, RS 101; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

En l'espèce, il y a lieu de déterminer en premier lieu le statut de l'assurée. Elle a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué son activité professionnelle à un taux d'activité de 28 % en tant qu'employée d'entretien. Il est établi qu'elle a poursuivi une activité de nettoyeuse au même taux d'activité d'octobre 2004 à 2011 et qu'il n'y a pas eu de changement dans sa situation socio-familiale depuis l'atteinte à la santé. En conséquence, il peut être retenu, avec un degré de

A/585/2014 - 29/35 - vraisemblance prépondérante, que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 28 %. La recourante a ainsi un statut mixte, de 28 % pour l'activité lucrative et de 72 % dans l'accomplissement des travaux habituels.

E. 12

Il convient d'analyser ensuite la force probante des expertises judiciaires. a. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise du Dr N_____, relevant que dernier a retenu des dates différentes pour déterminer le début de l'incapacité de travail, soit 2009, 2010 et 2012, en référence aux pages 16, 17 et 19 de son rapport et qu'il s'était, à l'évidence, trompé en indiquant "Monsieur" en page 18 de son rapport. Cette critique est fondée, si l'on prend en compte les pages 17 à 19 du rapport du Dr N_____. Il apparaît toutefois que ces pages ne font pas partie de l'expertise de l'assurée, ce qu'a confirmé le Dr N_____. Le Dr N_____ a retenu comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité travail des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose, présentes depuis 2011. Il a précisé dans ses réponses, à la fin de son rapport, que l'incapacité de travail durable était survenue le 1er mars 2012, date de la fin de la prise en charge par l'assurance-accidents. Il est effectivement établi que HELSANA a pris en charge le cas jusqu'à fin février 2012. Ainsi, il n'y a pas de contradiction entre les dates mentionnées dans le rapport, l'expert ayant justifié pour quel motif il mentionnait la date du 1er mars 2012, pour le début de l'incapacité de travail durable. b. L'intimé reproche encore au Dr N_____ d'avoir retenu que l'activité habituelle de nettoyeuse n'était plus adaptée, alors que l'activité habituelle de la recourante était celle d'agent d'entretien de bureau, ce qui n'impliquait pas le même cahier des charges. A cet égard, il y a lieu de relever que l'assurée a, elle-même, indiqué à l'OAI, dans sa demande de prestations, que son activité était le nettoyage. Son employeur a mentionné pour sa part qu'elle était employée d'entretien et précisé à l'OAI,

dans son rapport du 28 septembre 2011, que les tâches de l'assurée consistaient, principalement, à enlever la poussière, nettoyer les sanitaires, vider les poubelles et, rarement à passer l'aspirateur et s'occuper des fournitures. L'activité de nettoyage correspond ainsi manifestement à celle d'agent d'entretien, étant précisé que ces activités peuvent évidemment toutes deux impliquer des tâches différentes selon les besoins spécifiques des bénéficiaires des prestations. On ne saurait ainsi reprocher à l'expert d'avoir considéré que l'activité de la recourante était le nettoyage, comme elle l'a elle-même indiqué. Ce grief doit donc être rejeté. c. L'intimé relève encore que l'expert retenait la possibilité d'une spondylarthrite ankylosante. Or, une telle possibilité, non prouvée objectivement, n'était ni probable, ni vraisemblable, et ne permettait pas de retenir une totale incapacité de

A/585/2014 - 30/35 - travail. Le fait que l'expert n'avait pas procédé lui-même à des investigations à ce sujet, laissait penser qu'il avait lui-même exclu cette possibilité. Si l'on voit mal comment un diagnostic ayant une répercussion sur la capacité travail peut être posé sur une simple suspicion, il faut relever que l'expert retient un autre diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail, qui est, lui, clairement établi, à savoir des cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles de la posture et discarthrose. Ce dernier permet, à lui seul, de justifier les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante. Ainsi, les conclusions ne seraient pas différentes si le diagnostic de spondylarthrite ankylosante était établi. Ce grief est infondé. d. En conclusion, l'expertise du Dr N_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. e. L'expertise du Dr O_____ n'a, quant à elle, à pas été critiquée par les parties. f. Il ressort des rapports détaillés des experts N_____ et O_____ que leurs expertises ont été rendues en pleine connaissance du dossier médical, qu'elles reposent sur un examen approfondi, prennent en compte les plaintes de l'assurée, qui a été assistée d'un interprète, contiennent des conclusions motivées et pas de contradiction. Elles remplissent ainsi les critères permettant de leur reconnaître une pleine valeur probante.

E. 13

Il y a maintenant lieu d'examiner si la recourante souffre d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations de l'AI.

E. 14

En ce qui concerne les troubles somatiques dont souffre l'assurée, ils n'entraînent pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, selon l'expertise du Dr N_____, dont la force probatoire a été reconnue. Les avis contraires des médecins traitants, dont aucun n'est spécialisé en rhumatologie contrairement à l'expert, ne remettent pas sérieusement en doute les conclusions de ce dernier.

E. 15

En ce qui concerne le trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission, dont souffre l'assurée, il ne limite pas sa capacité de travail, selon l'expertise du Dr O_____, dont la force probatoire a été reconnue. Cette conclusion n'est pas sérieusement remise en cause par les avis médicaux des médecins du Groupe médical de la Dôle, qui ne sont pas spécialisés en psychiatrie. Les avis médicaux du Dr I_____ ne remettent pas non plus en doute les conclusions de l'expert psychiatre. Dans son rapport du 3 juillet 2012 à l'OAI, le Dr I_____ retenait en effet une incapacité de travail totale, tout en indiquant qu'il n'avait vu que deux fois la patiente et que des informations lui manquaient. Dans son certificat du 25 février

2014, il a retenu une capacité de travail inférieure à 50 %, en précisant ne pas pouvoir évaluer cette capacité avec précision et en retenant un état dépressif, dont il ne précisait pas l'intensité.

A/585/2014 - 31/35 -

E. 16

En ce qui concerne le syndrome douloureux somatoforme persistant diagnostiqué par le Dr O_____ et la fibromyalgie diagnostiquée par le Dr N_____, il convient d'analyser si les conclusions des experts sont compatibles avec la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral. S'agissant des indicateurs de la catégorie du degré de gravité fonctionnelle, la plainte essentielle de l'assurée porte bien sur des douleurs constantes. L'intensité de ces dernières doit toutefois être relativisée, dès lors que l'assurée a indiqué au Dr O_____ que les douleurs avaient diminué depuis son arrêt de travail, qu'elles étaient surtout présentes le matin et le soir et que les antalgiques étaient efficaces, sans supprimer toutefois la douleur. Le degré de gravité fonctionnelle apparaît également limité du fait que tant le Dr O_____ que le Dr N_____ ont constaté que l'assurée se déplaçait sans difficulté. Le Dr O_____ a relevé que l'expertisée ne présentait pas de symptômes d'anxiété, qu'elle n'était pas particulièrement en prise à une souffrance psychique, ni particulièrement triste. Ainsi, au vu de la teneur des expertises et des déclarations de l'assurée, les douleurs ressenties par cette dernière sont d'une intensité variable et ne s'accompagnent pas d'un sentiment de détresse marqué. Il ressort de l'expertise psychiatrique que les plaintes somatiques de l'assurée ne sont pas survenues dans un cadre précis. Elle vit entourée de sa famille, avec laquelle elle n'a pas de conflit majeur. L'incapacité de travail est survenue en 2011, soit bien après son arrivée en Suisse, en 1993, et les scènes violentes auxquelles elle a assisté dans son pays, et plusieurs années après les dépressions post-partum marquées (2001 et 2006). Il n'apparaît donc pas que les douleurs dont souffre l'assurée sont survenues dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. S'agissant de l'indicateur du succès du traitement, le Dr O_____ a établi, par le biais d'un monitoring thérapeutique, que l'assurée ne prenait pas régulièrement son traitement médicamenteux, qui devait permettre d'obtenir un état de rémission de son trouble dépressif récurrent. On ne saurait donc retenir un échec du traitement, malgré la coopération optimale de l'assurée. Il y a également lieu de relever à cet égard que l'assurée n'a pas été suivie par un spécialiste rhumatologue. S'agissant de l'indicateur de la comorbidité, l'assurée souffre d'un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission partielle, qualifié de peu sévère par l'expert. A teneur de l'expertise du Dr N_____, elle souffre également de troubles somatiques qui la limitent physiquement, ne lui permettant plus d'exercer son activité professionnelle dans le ménage. Cet expert a également relevé que le manque d'activité physique et la faible musculature au niveau du rachis et de l'abdomen participaient aux douleurs de l'assurée. S'agissant de la structure de la personnalité de l'assurée, le Dr O_____ a relevé que ses réponses étaient généralement informatives, qu'elle était normalement orientée

A/585/2014 - 32/35 - dans les trois modes. Elle avait un discours bien ancré dans la réalité. Il n'avait pas observé de troubles du cours ou du contenu de la pensée. Elle n'avait pas adopté d'attitude d'écoute ni de phénomène de barrage de la pensée. Elle ne présentait pas d'élément maniaque, notamment pas d'accélération psychique ni d'état d'agitation. Elle n'était pas projective, méfiante ni interprétative. Cet expert a toutefois relevé que le tableau clinique n'allait probablement pas s'améliorer parce que l'expertisée était prise dans un processus d'invalidation. Sous réserve de cette dernière constatation, la personnalité et les

ressources personnelles de l'assurée n'apparaissent pas limiter sa capacité à surmonter le trouble somatoforme douloureux. S'agissant de l'indicateur du contexte social, il y a lieu de constater que l'assurée bénéficie du soutien de son environnement familial proche, soit son mari et ses enfants. L'assurée a indiqué avoir renoncé à la vie sociale qu'elle avait au sein de la communauté somalienne depuis 2008 et avoir deux connaissances. L'expert O_____ a relevé à cet égard qu'elle n'avait jamais été véritablement intégrée en Suisse. S'agissant des indicateurs liés à la cohérence, le Dr O_____ a relevé que les plaintes subjectives étaient beaucoup plus importantes que les constatations objectives. Contrairement à ses plaintes, l'assurée ne présentait pas de fatigue marquée et ne paraissait pas particulièrement en prise à une souffrance psychique. A aucun moment, elle ne s'était montrée particulièrement émue. Les Drs O_____ et N_____ ont tous deux constaté que l'expertisée se déplaçait sans difficultés. Le Dr O_____ a également relevé que la fréquence des entretiens avec le Dr I_____ ne correspondait pas à la prise en charge d'une dépression moyenne, car cette affection nécessitait des entretiens médicaux hebdomadaires, voire bimensuels, et surtout des adaptations du traitement pharmacologique. Dans la mesure où l'assurée ne fait que peu de choses à la maison et n'a manifestement aucune autre activité, qu'elle a renoncé à fréquenter la communauté somalienne en 2008, les limitations apparaissent uniformes dans ses diverses activités. L'absence de compliance médicamenteuse et de suivi par un spécialiste rhumatologue relativise le poids effectif des souffrances.

E. 17

Il ressort de l'analyse qui précède que les expertises judiciaires ont pris en compte tous les indicateurs établis par la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral pour évaluer le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux et qu'il n'est pas nécessaire de faire procéder à un complément d'expertise. Au vu de l'analyse des indicateurs, il doit être retenu, avec le degré de vraisemblance prépondérante requis, que le trouble somatoforme douloureux et la fibromyalgie dont souffre la recourante sont surmontables et, partant, qu'ils ne sont pas invalidants.

E. 18

Selon le Dr N_____, les limitations fonctionnelles de l'assurée l'empêchent d'effectuer toutes activités comme femme de ménage, mais sa capacité de travail est

A/585/2014 - 33/35 - entière, dès le 1er mars 2012, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a lieu d'examiner l'impact de cette conclusion sur sa capacité à accomplir les travaux habituels dans son ménage. Pour déterminer cette capacité, il y a lieu en principe, s'agissant de troubles somatiques, de se fonder sur les conclusions de l'enquête ménagère. En l'espèce, un enquête ménagère a été établie par une enquêtrice qui s'est rendue au domicile de l'assurée et s'est fondée sur un entretien d'une heure avec celle-ci et son époux. Cette enquête a pleine valeur probante, dès lors qu'il n'apparaît pas que les déclarations de l'assurée ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical. En effet, le fait que l'expert ait retenu une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse n'implique pas forcément une incapacité totale à accomplir les travaux habituels dans son ménage. Si les deux activités sont très semblables, le travail de nettoyage dans une activité professionnelle est plus pénible que le travail ménager dans la sphère privée, car ce dernier peut plus facilement être aménagé en fonction des limitations. En effet, l'obligation de réduire le dommage impose que la personne qui s'occupe du ménage fasse ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin de 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 et en repoussant les travaux peu urgents. De tels aménagements ne sont pas possible dans une activité professionnelle. En l'espèce, les tâches que l'enquêtrice a estimé pouvant être exigées de l'assurée sont compatibles avec ses limitations, dès lors qu'elle a pris en considération le fait qu'elle ne pouvait pas porter de choses lourdes, qu'elle ne pouvait faire que des petites tâches - en fractionnant l'activité sur plusieurs périodes, en travaillant assise ou pas longtemps debout et en n'ayant pas à se baisser de manière répétitive - et en retenant qu'elle ne pouvait pas passer la serpillière et l'aspirateur ainsi que nettoyer les sanitaires. L'assurée a elle-même indiqué au Dr O _____ qu'elle préparait le petit-déjeuner et passait la poussière et au Dr N _____ qu'elle surveillait que tout ce passe bien s'agissant des tâches ménagères effectuées par son mari et ses enfants. Ainsi, il y a lieu de retenir, conformément aux conclusions de l'enquête ménagère, une incapacité de 23 % du 72 % du temps consacré par l'assurée aux travaux ménagers.

E. 19

S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère professionnelle, il convient encore de comparer le salaire que pourrait obtenir l'assurée dans l'activité qu'elle exerçait avant ses problème de santé avec celui qu'elle peut réaliser dans une activité professionnelle adaptée à ses limitations fonctionnelles. Elle a touché CHF 9'186.35 en 2010, ce qui correspond à CHF 9'521.17 en 2014, soit l'année de la décision en cause.

A/585/2014 - 34/35 - Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- x 12; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41,7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'854.75, et à CHF 54'781.20 indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux, ce qui correspond à un salaire de CHF 15'338.73 à 28 %. Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10 % pour tenir compte des limites fonctionnelles de la recourante. Il en résulte que le salaire annuel qu'elle pourrait réaliser avec ses limitations fonctionnelle est de CHF 15'338.73. Ce dernier étant plus élevé que celui qu'elle gagnerait en exerçant la même activité professionnelle qu'avant ses troubles, mais actualisé, il n'y a pas d'invalidité à retenir dans le 28 % de son activité professionnelle.

E. 20

Le taux d'invalidité total à retenir est de 16,5 %. Ce taux retenu n'ouvre pas le droit aux prestations de l'AI, l'art. 28 let. c LAI conditionnant ce droit à une invalidité de 40 % au moins.

E. 21

Le recours s'avère ainsi mal fondé et sera rejeté.

A/585/2014 - 35/35 -

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.