

GE_GERICHTE ATAS/964/2016 vom 17. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_964_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/964/2016 du 17 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/964/2016 del 17 novembre 2016

Erwägungen

E. 11

Par écriture du 12 novembre 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente entière dès décembre 2012. En substance, la recourante conteste en premier lieu le statut qui lui a été reconnu par l'OAI, à savoir la part consacrée à l'exercice d'une activité professionnelle. Elle allègue qu'avant d'être atteinte dans sa santé, elle travaillait à un taux avoisinant 93%. Pour le surplus, la recourante conteste la capacité résiduelle de travail de 50% qui lui a été reconnue, vu la périarthrite de sa hanche gauche. Elle fait remarquer que son activité habituelle de nettoyeuse implique de pousser des chariots, de balayer, de porter de lourdes charges, de monter des échelles, etc. La recourante en tire la conclusion que l'intimé aurait dû procéder à une comparaison entre le revenu avant invalidité et celui qu'aurait pu lui procurer une activité bien plus légère. La recourante ajoute qu'il aurait également fallu tenir compte d'une baisse de rendement et de l'importance de ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan psychique que physique et que le revenu d'invalidité aurait encore dû être réduit pour prendre en considération le fait qu'elle a exercé peu de temps en Suisse, qu'elle est de nationalité étrangère et qu'elle est très peu intégrée.

E. 12

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 novembre 2015, a conclu au rejet du recours. S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, l'intimé rappelle que celle-ci a fait l'objet de plusieurs expertises qui, sur le plan psychiatrique, ont conclu soit à une pleine capacité de travail, soit à une capacité réduite à 50%, baisse de rendement incluse, et, sur le plan rhumatologique, à une pleine capacité de travail dans toute activité.

A/3960/2015 - 10/21 - Selon l'intimé, les médecins traitants ne font valoir aucun élément objectif justifiant le fait que leur appréciation diffère de celle de ces experts. Quant au calcul du degré d'invalidité, l'intimé fait valoir que la société B_____, en date du 13 août 2011, a indiqué que l'assurée avait travaillé pour elle 10 h./sem. pour un horaire habituel de 42.5 h./sem. et que l'école de danse a affirmé avoir occupé l'assurée de 15 à 20 h./sem. L'intimé fait valoir qu'en retenant un horaire habituel de 42.5 h./sem. appliqué par l'employeur principal, il a opté pour un calcul plus favorable à l'assurée que s'il s'était référé à l'usage usuel de la branche.

E. 13

Par écriture du 4 janvier 2016, l'assurée a complété son recours. Elle soutient être totalement inapte à travailler, quelle que soit l'activité envisagée, en raison de ses problèmes psychiques et physiques. Elle reproche en particulier à l'expert rhumatologue de la CRR de n'avoir pas mentionné les douleurs dont elle souffre dans les régions scapulaire, cervicale et lombaire et y voit la preuve d'un défaut de valeur probante. S'agissant de son

horaire de travail avant invalidité, elle allègue que le nombre d'heures effectuées auprès de l'école de danse (17,5 h./sem.) a été sous-évalué. Selon elle, c'est un horaire de 19 h./sem., voire 24 h./sem. qui doit être retenu. De même, la recourante conteste la durée habituelle de travail hebdomadaire de 42,5 h./sem. sur laquelle s'est basé l'OAI. Cet horaire, appliqué par B_____, ne saurait selon elle être considéré comme exemplatif de tout le secteur. Elle suggère quant à elle de retenir une durée de travail de 41 h./sem. Enfin, la recourante allègue qu'elle cumule plusieurs des facteurs de réduction supplémentaire : des limitations importantes, un nombre réduit d'années de service en Suisse, un manque de formation, sa nationalité étrangère et le fait de devoir travailler à temps partiel. Elle en tire la conclusion qu'il conviendrait d'appliquer la réduction maximale de 25%.

E. 14

Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 11 février 2016 au cours de laquelle a été entendu le Dr E_____, psychiatre traitant depuis février 2012. Le témoin a indiqué « être d'accord à 90% » avec les conclusions du rapport de la CRR. Il a expliqué que son avis divergeait sur quelques détails. Ainsi, le diagnostic de trouble anxieux généralisé lui semble avoir été retenu à tort : certes, une série de symptômes anxieux sont présents, mais ils font selon lui partie intégrante du diagnostic principal de trouble dépressif récurrent. Le témoin a toutefois convenu que cela n'avait pas grande incidence sur les conclusions. Il a indiqué approuver la capacité résiduelle de travail de 50% retenue dans une activité adaptée, à condition que la profession de femme de ménage ou de nettoyeuse ne soit pas considérée comme telle, car c'est cette activité qui a contribué à l'apparition et à l'augmentation de l'atteinte dépressive chez sa patiente. Le témoin a expliqué qu'il situe l'apparition de l'état dépressif à 2006 (date du

A/3960/2015 - 11/21 - décès de la sœur de l'assurée) ; cet état dépressif s'est aggravé en 2009, avec la chute de l'assurée ; malgré tout, l'intéressée, entre 2009 et 2012, a augmenté son temps de travail, malgré ses douleurs et son état dépressif. Le témoin a émis la crainte que, vu la disposition d'esprit de sa patiente, le même phénomène se reproduise si elle reprend son activité. Le témoin a insisté sur la nécessité de définir quelle activité devrait être envisagée avec le concours de l'assurée, afin d'emporter son adhésion et de la motiver. Cela pourrait l'aider à sortir de son état dépressif. Il a également souligné l'importance d'un retour progressif au travail, alléguant qu'il lui paraissait impossible de remettre sa patiente en activité à 50% du jour au lendemain, quelle que soit l'activité envisagée. À titre de limitations fonctionnelles, le témoin a énuméré : - des difficultés de concentration empêchant l'assurée d'accomplir correctement une tâche dans la durée et dans l'intensité ; - une fatigue induite par l'état dépressif qui conduit à un ralentissement ; - des douleurs qui ont pour conséquences l'obligation de faire des pauses, une limitation des mouvements et une impossibilité à conserver des positions statiques ; - un certain repli sur soi. Enfin, le témoin a indiqué que les empêchements retenus par l'enquêtrice ménagère ne lui paraissaient pas critiquables.

E. 15

A également été entendue la Dresse F_____, rhumatologue qui suit l'assurée depuis avril 2010. Le témoin a confirmé avoir pour sa part conclu à une périarthrite de la hanche gauche chronique, ayant évolué en un syndrome douloureux chronique (les douleurs se sont en effet étendues aux lombaires, à l'autre hanche, puis aux membres inférieurs et supérieurs, même si la localisation principale demeure néanmoins au niveau de la hanche gauche). Cela se

traduit par les limitations suivantes : éviter les gros travaux tels que le ménage, le port de charges et les déplacements. La douleur est restée continue, malgré les traitements, infiltrations et séances de physiothérapie. Il n'y a eu aucune amélioration durable. Le témoin a précisé avoir constaté, dès la première consultation, l'existence d'un état dépressif de fond déjà bien installé, évidemment renforcé par les douleurs. Le témoin a indiqué adhérer aux conclusions du psychiatre de la CRR, à savoir une capacité de 50% dans une activité adaptée et une réadaptation progressive. Pour sa part, le médecin préconisait une tentative de reprise à 25% en accord avec le psychiatre traitant, suivie d'une augmentation jusqu'à 50%.

A/3960/2015 - 12/21 - Selon le témoin, il serait utile d'aider l'assurée à retrouver une activité plus légère que celle de nettoyeuse, qui lui paraît devoir être exclue. En effet, c'est parce que l'assurée a continué à exercer malgré son atteinte, en augmentant même son temps de travail, qu'un cercle vicieux s'est installé, les douleurs venant renforcer la dépression et réciproquement. Le témoin s'est en revanche écarté des conclusions de l'expert rhumatologue s'agissant du caractère non incapacitant des douleurs : selon le témoin, l'incapacité est clairement totale dans l'activité de nettoyeuse. Enfin, le témoin a indiqué ne pouvoir se prononcer quant à une éventuelle baisse de rendement supplémentaire dans une activité adaptée.

E. 16

Entendue en comparution personnelle, la recourante a allégué avoir travaillé pour l'école de danse à raison de 4 h./jour, du lundi au vendredi, voire un peu plus durant les vacances scolaires pour les nettoyages de fond ; s'y ajoutaient 2 h. le samedi et 10 h./sem. pour B_____ et 6 h./sem. chez des particuliers. Les travaux de nettoyage dans l'école de danse étaient lourds : ils consistaient en effet à nettoyer les salles de danse, les vestiaires, les douches, la réception, la cafétéria, les vitres, etc., le tout sur trois étages. La recourante a dit pouvoir envisager une activité n'impliquant pas d'effort physique. Elle a souligné être au bénéfice d'une formation de gestionnaire administrative et a expliqué avoir été placée, dans le cadre de la détection précoce, dans une société pour un travail de bureautique ; elle s'est cependant heurtée à des problèmes de langue ; par ailleurs, ses connaissances devraient être rafraîchies.

E. 17

Dans ses écritures après enquêtes du 25 février 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. Il maintient que l'activité habituelle est encore exigible et considère dès lors que c'est dans ce domaine que la recourante pourra au mieux exploiter sa capacité de gain résiduelle.

E. 18

Le 10 mars 2016, la recourante a également persisté dans ses conclusions en l'octroi d'une rente entière. Elle considère que l'audition des Drs F_____ et E_____ a démontré que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible de sa part. Elle en tire la conclusion qu'elle devrait dès lors se voir accorder des mesures de réadaptation, avant que ne soit calculé son degré d'invalidité. S'agissant du revenu avant invalidité, elle fait valoir que du 8 juin – date du début de son contrat – au 31 décembre 2010, elle a réalisé auprès de l'école de danse un revenu de CHF 29'651.- qui, annualisé, conduit à un montant de CHF 39'848.-, correspondant, en 2012, à un revenu de CHF 40'565.-.

A/3960/2015 - 13/21 - Quant au revenu d'invalide, il devrait être calculé en se basant sur les salaires statistiques, en tenant compte d'une baisse de rendement de 20% et d'une réduction supplémentaire de 25%.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur 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). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les formes et délais légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité. 5. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'intéressée aurait continué à exercer une activité professionnelle au même taux que précédemment, taux qu'il a fixé à 79%. La recourante admet ne pouvoir se voir reconnaître un statut d'active à plein temps mais soutient que son taux d'occupation avant invalidité avoisinait plutôt 93%.

A/3960/2015 - 14/21 - b) 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 ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. c) 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). 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). d) 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 dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; ATF 133 V 504

A/3960/2015 - 15/21 - consid. 3.3. p. 507; voir également arrêt 9C_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48; 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 familiale, sociale et professionnelle, de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de 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). 6. En l'espèce, la recourante allègue qu'avant d'être atteinte dans sa santé, elle travaillait en moyenne 38 h./sem. (10 chez B_____, 24 à l'école de danse et quelques heures supplémentaires chez des particuliers). Selon elle, son taux d'activité avoisinait donc 93%, en comparaison avec la durée moyenne de travail dans la profession (41 h./sem. en 2011). Les 10 heures de travail hebdomadaires pour B_____ ne sont pas contestables car confirmées à plusieurs reprises par l'employeur. Il n'en va pas de même, en revanche, du chiffre de 24 h./sem. avancé par la recourante s'agissant de son travail pour l'école de danse. Interpellé par l'intimé, cet employeur a en effet fait état d'un horaire variant entre 15 et 20 h./sem. Le certificat de salaire établi par ce même employeur le 25 janvier 2011 pour la période de juin à décembre 2010 (7 mois) fait mention d'un revenu total de CHF 10'197.-, ce qui correspond à un revenu de 1'457.- CHF/mois, soit environ 364.- CHF/sem. et, si l'on tient compte du fait que l'assurée était rémunérée 22.-

CHF/h., à un nombre d'heures hebdomadaires de travail d'environ 16,5, ce qui corrobore les dires de l'employeur. S'il est vrai que d'autres documents au dossier font état d'un horaire plus intensif (cf. rapport d'évaluation de l'OAI du 28 février 2012 faisant état de 24 h./sem. [pce OAI 8, p. 4], déclaration maladie de la Bâloise faisant état de 19 h./sem. [pce OAI 32, p. 33] et rapport d'évaluation de l'OAI du 23 novembre 2012 faisant mention de 35 h./sem. [doc. 47, p. 2]), ils ne sauraient revêtir de valeur probante, dans la mesure où ils ont été rédigés sur la base des dires de l'assurée ou par elle-même. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu une durée de travail hebdomadaire moyenne de 17,5 h./sem. chez cet employeur. S'y ajoutent les 6 h./sem. réalisées chez des particuliers retenues par l'OAI (pce 115) et non contestées par la

A/3960/2015 - 16/21 - recourante, ce qui conduit à une durée totale de travail de 33,5 heures par semaine (10 + 17.5 + 6) avant atteinte à la santé. Pour calculer à quel taux d'activité correspondent ces 33,5 heures, la Cour de céans est d'avis qu'on ne saurait se référer ni à la durée de travail prescrite chez B _____ - car celui-ci, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, n'était pas le principal employeur, l'assurée travaillant davantage à l'école de danse -, ni sur la durée mentionnée par la convention collective de travail applicable dans le secteur du nettoyage - qui, comme le fait remarquer à juste titre la recourante, correspond à la durée maximale admise et non à une durée moyenne de travail dans le domaine. La recourante suggère pour sa part de se référer à la statistique « Noga » (nomenclature générale des activités économiques élaborée par l'Office fédéral de la statistique) 2008, qui retient une durée de travail hebdomadaire de 41 h./sem. à Genève. Il paraît effectivement raisonnable, en un tel cas, de se référer aux statistiques. Dès lors, la Cour de céans retiendra la durée de travail hebdomadaire moyenne réalisée par tous les travailleurs en 2010, à savoir 41,6 h./sem. (cf. La Vie économique, 6/2013, p. 90, tableau B9.2). Cette année-là, la recourante a travaillé 33,5 h./sem., ce qui correspond à un taux d'activité de 80.6%, les 19,4% restant étant dévolus aux tâches habituelles. On relèvera que retenir la statistique Noga comme suggéré par la recourante ne conduirait qu'à un taux d'occupation guère plus élevé, soit 81.7%. 7. a) Il convient à présent d'examiner si la recourante peut se voir reconnaître un degré d'invalidité suffisant pour lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance. 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 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou

A/3960/2015 - 17/21 - d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel

que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207ss.; 106 V 88; 110 V 275; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). c) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 consid. 4 et les références). 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 LPG), 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou

A/3960/2015 - 18/21 - d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). S'agissant des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à

l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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 353 consid. 3b/ee, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee). 8. En l'occurrence, l'intimé a admis une réduction de la capacité de travail de la recourante à 50% dans toute activité. L'intimé se réfère aux conclusions de l'expertise de la CRR. La recourante conteste la capacité résiduelle de travail de 50% qui lui a été reconnue. Elle reproche à la CRR d'avoir occulté sa souffrance physique et soutient que, vu la périarthrite de sa hanche gauche, il n'est pas raisonnable de conclure qu'elle pourrait continuer à exercer son activité habituelle de nettoyeuse, laquelle

A/3960/2015 - 19/21 - implique de pousser des chariots, de balayer, de porter de lourdes charges, de monter des échelles, etc. Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise de la CRR. Celle-ci a été diligentée par des spécialistes reconnus, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les experts à ne pas retenir l'ensemble des empêchements (et/ou douleurs) allégués par l'intéressée. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise du 15 octobre 2014 a pleine valeur probante. Les avis des médecin et psychiatre traitant ne sauraient suffire à jeter le doute sur les conclusions des experts. En effet, ils ne font état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré des experts de la CRR. Bien plus, tant le psychiatre que le rhumatologue traitants ont approuvé la capacité résiduelle de travail de 50% retenue. Certes, tous deux ont émis l'avis que l'activité de nettoyeuse n'était pas adaptée à leur patiente, mais les arguments avancés à l'appui de cette position (crainte que l'assurée n'outrepasse ses limites et n'augmente son temps de travail en dépit des douleurs) constituent des éléments subjectifs qui ne sauraient suffire à écarter l'avis des experts. Les médecins de la CRR sont parvenus à la conclusion que l'assurée, en dépit de l'atteinte à sa santé, demeurerait capable d'exercer à 50% toute activité, y compris sa profession habituelle. Sur ce point en particulier, les experts ont expliqué que l'assurée, à l'examen clinique, était libre de ses mouvements, hormis une boiterie d'esquive fluctuante et intermittente. Ils n'ont

relevé que de banals troubles de la statique. Ils ont souligné que l'imagerie ne montrait aucune anomalie susceptible d'expliquer l'ampleur du tableau douloureux au niveau de la hanche et en ont tiré la conclusion que « la dimension nociceptive de la douleur était insignifiante et ne justifiaient pas une quelconque incapacité de travail ». A cet égard, on soulignera que l'expert rhumatologue H_____, en avril 2012, était parvenu aux mêmes conclusions, à savoir une capacité de travail préservée dans l'activité habituelle. Force est de constater que les médecins traitants ne font valoir aucun élément objectif justifiant le fait que leur appréciation diffère de celle des experts. Il suit de ce qui précède que la recourante doit être considérée comme apte à exercer à 50% toute activité, y compris son activité habituelle, après une période de réentraînement à l'effort de quelques semaines. Compte tenu d'un taux d'activité réduit à 50% au lieu des 80.6% exercés auparavant, la perte économique dans la sphère professionnelle s'établit donc à 38%, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 30.6%, arrondi à 31%.

A/3960/2015 - 20/21 - La recourante ne conteste pas l'empêchement retenu dans la sphère ménagère. La Cour de céans constate qu'il n'y a donc pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 13% retenu, lequel conduit à un degré d'invalidité de 2.5% (15% de 19,4%), arrondi à 3. L'addition de ces deux taux conduit à un degré global d'invalidité de 34%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité. On ajoutera qu'il n'y a lieu ni de tenir compte d'une baisse de rendement supplémentaire, alléguée par la recourante mais étayée par aucun des médecins qui se sont exprimés, ni de procéder à une réduction supplémentaire telle que préconisée par la jurisprudence puisque la recourante travaillait déjà à temps partiel précédemment et que l'on considère que son ancienne activité reste exigible. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

A/3960/2015 - 21/21 - 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.