

GE_GERICHTE A/1643/2012 vom 26. Juni 2013

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1643_2012

FR: GE_GERICHTE A/1643/2012 du 26 juin 2013

IT: GE_GERICHTE A/1643/2012 del 26 giugno 2013

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à AÏRE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame F _____ (ci-après : l'assurée), née en 1952, a travaillé en qualité d'employée de maison pour un particulier entre 1990 et le 30 juin 2008. [endif]>[if> 2. Du 1 er juillet 2008 au 30 juin 2009, l'assurée était inscrite auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'EMPLOI (OCE). En raison de son incapacité à travailler depuis le 2 juin 2009 et compte tenu d'un préavis défavorable quant à la reprise d'une activité professionnelle établi par le Dr G _____ le 29 août 2009, médecin auprès de l'OCE, le droit aux prestations de l'assurance-chômage lui a été nié à compter du 31 août 2009.[endif]>[if> 3. Le 12 août 2009, la Dresse H _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation et médecin traitant de l'assurée, a adressé à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE de Genève (ci-après : OAI) un formulaire de détection précoce concernant sa patiente. En effet, cette dernière était incapable de travailler depuis le 2 juin 2009 en raison de cervicalgies et radiculalgies bilatérales sur hernie discale C5-C6 et C6-C7, d'une hypoacousie sur otomastoïdite, d'une rhinosinusite et d'un asthme allergique.[endif]>[if> 4. Lors de l'entretien de détection précoce qui s'est tenu le 31 août 2009, l'assurée a expliqué qu'elle avait exercé l'activité d'employée de maison chez un particulier parti en France suite à un décès. Elle s'occupait alors de toutes les tâches ménagères, ce qui nécessitait notamment le port de charges et des déplacements. Cependant, son activité avait été adaptée ces derniers temps. Elle ne pouvait désormais plus faire d'efforts.[endif]>[if> 5. Le 2 octobre 2009, l'assurée a formellement déposé une demande de prestations d'invalidité, tendant à l'octroi d'une rente en raison des atteintes suivantes : hernies cervicales C5-C6 et C6-C7, asthme et cœur, existant depuis plusieurs années mais avec une aggravation de la situation dernièrement.[endif]>[if> 6. Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI a rassemblé divers rapports dont notamment les suivants.[endif]>[if> 7. Par rapport du 28 octobre 2009, la Dresse I _____, médecin adjoint au Service ORL des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG), a posé le diagnostic de surdité légère depuis 1989. Cette atteinte n'empêchait en principe pas l'assurée d'exercer son activité habituelle, étant précisé que cette appréciation ne tenait compte que du seul aspect ORL.[endif]>[if> 8. Le Dr J _____, spécialiste FMH en médecine interne, maladie des poumons, a posé, dans son rapport du 3 novembre 2009, les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : syndrome obstructif chronique sur asthme allergique ancien, status après de nombreuses décompensations (asthmatiques et allergiques) ; déficit immunitaire par carence sélective en IgG1 avec status après otites à répétition dans l'enfance, status après sinusites à répétition et après une vingtaine d'infections des voies respiratoires inférieures au cours des dix dernières années ;

hypersensibilité aux acariens, manifeste au cours de l'activité professionnelle (femme de ménage) ; canal cervical étroit C4-C7 et L5-S1, rétrécissement canalaire correspondant et rétrécissement/compression de la racine L5 ; tachycardie ventriculaire récidivante de Gallavardin (impossibilité de sevrage de Tambocor, avec répercussions possibles de ce médicament au niveau de l'asthme) et otite fibro-adhésive chronique à gauche. A titre de diagnostic sans effet sur la capacité de travail, le Dr J_____ a retenu une rhinite allergique (acariens) moins symptomatique lors de la rédaction du rapport. La capacité de travail était nulle conformément à l'attestation de la Dresse H_____. Les restrictions physiques étaient liées à la dyspnée induite par l'asthme et surtout aux douleurs cervicales et lombaires. Les douleurs cervicales étaient aggravées par les mouvements des bras et l'assurée ne pouvait porter de charges.!

En annexe à ce rapport figuraient notamment les documents suivants : - des rapports datés des 3 janvier 1989 et 13 mai 1996 liés à la problématique cardiaque ;! - un rapport du Service d'immunologie et d'allergologie des HUG, du 2 mars 2009, dans lequel le diagnostic était celui de carence sélective en IgG1 avec status après otites à répétition dans l'enfance, statuts après sinusites à répétition et cinq épisodes d'infections des voies respiratoires inférieures pendant l'hiver 2004-2005 nécessitant à chaque fois la prise d'antibiotiques, les comorbidités étant les suivantes : tachycardie ventriculaire récidivante de Gallavardin avec impossibilité de sevrage du Tambocor, rhinite et asthme allergiques sur hypersensibilité aux acariens, rétractation mamelonnaire à gauche et otite fibro-adhésive chronique à gauche ;! - le compte-rendu de l'IRM cervicale du 15 mai 2009, selon lequel les atteintes dégénératives discales avaient progressé par rapport à un IRM effectué en 2002, avec un canal cervical rétréci en rapport avec des empreintes discales multi-étagées intéressant les niveaux C4-C5, C5-C6 et C6-C7, un débord disco-ostéophytaire latéralisé à droite avec rétrécissement des foramens en regard en C4-C5 et C5-C6 ainsi qu'en C6-C7, une hernie discale médiane, para-médiane gauche responsable d'une empreinte plus importante sur les espaces péri-médullaires et sur le cordon médullaire toutefois sans anomalie de signal de la moelle en regard ;! - un rapport du Service de neurochirurgie des HUG du 3 juillet 2009, dans lequel le Dr K_____, médecin-adjoint, a considéré que la chirurgie était assez mauvaise dans le cas de l'assurée, puisqu'une révision ou un recalibrage du canal n'enlèverait en rien les douleurs de type arthrosique et que cela pourrait entraîner une diminution de la mobilité des segments cervicaux ;! - deux courriers de la Dresse I_____, datés des 13 juillet et 14 octobre 2009, relatifs aux problèmes d'otite et d'audition ;! - le compte rendu de l'IRM lombaire du 2 octobre 2009, objectivant principalement une discopathie L4-L5 et L5-S1 avec débord discal circonférentiel global, un rétrécissement canalaire segmentaire L4-L5 et L5-S1 avec rétrécissement du récessus latéral de la racine L5 droite en rapport avec l'hypertrophie facettaire L4-L5 droite et rétrécissement du foramen L5-S1 droit en rapport avec la discopathie et l'hypertrophie facettaire ;! - le résultat de l'iléoscopie effectuée le 13 octobre 2009 par le Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, qui était dans les limites de la norme ;! - le résultat des tests des fonctions pulmonaires effectués le 27 octobre 2009.!

Dans son rapport du 20 novembre 2009, la Dresse H_____ a posé les diagnostics avec effet sur la capacité de travail de cervicalgies sur hernie discale C5-C6 et C6-C7 avec NCB, lombalgies dégénératives, existant depuis 1997, symptomatique depuis 2003 mais aggravés en mars 2009, une hypoacousie sévère sur otomastoidite chronique depuis 1989 pour laquelle l'assurée était suivie aux HUG, une

carence en IgG1 avec infections ORL et des voies respiratoires inférieures à répétition depuis 2006, avec injections régulières d'immunoglobulines aux HUG, un asthme chronique suivi par le Dr J_____ depuis des années, une tachycardie de Gallaverdin depuis 1988. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, la Dresse H_____ mentionnait une stéatose hépatique diagnostiquée en 2009, une dyspepsie depuis 2009, des hémorroïdes depuis 2009 ainsi que des douleurs inguinales post cure depuis 2001. ![/endif]>![if> Concernant l'anamnèse, la Dresse H_____ a précisé que sa patiente présentait depuis 1995 des cervicalgies avec névralgies C5-C6, nécessitant un traitement conservateur, des infiltrations en 2002, la prise d'antalgiques ainsi qu'un traitement physique. Depuis mars 2009, il y avait une aggravation avec l'apparition de brachialgies bilatérales, lesquelles ont fait pratiquer l'IRM qui a mis en évidence les hernies discales avec le canal cervical rétréci. Par ailleurs, en raison de l'aggravation des lombalgies, une IRM lombaire a été réalisée et a mis en évidence l'existence de multiples atteintes dégénératives. En annexe au rapport du 20 novembre 2009 figuraient plusieurs documents déjà produits par le Dr J_____. 10. Quant au Dr L_____, spécialiste FMH en cardiologie et en médecine interne générale, il a posé le diagnostic de tachycardie ventriculaire de Gallaverdin depuis 1988, sans répercussion sur la capacité de travail dans un rapport non daté mais reçu par l'OAI le 30 novembre 2009. Les tachycardies avaient totalement disparu sous traitement de Tamboco. Cette affection cardiaque ne justifiait cependant aucune incapacité de travail.![endif]>![if> En annexe à ce rapport figuraient des documents médicaux datés du 13 décembre 1988 et du 3 janvier 1989 et portant sur les examens effectués à l'époque. 11. Par avis du 12 avril 2010, la Dresse M_____, médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (SMR) a demandé que des questions complémentaires soient posées au médecin traitant, notamment sur les limitations fonctionnelles en lien avec la pathologie rachidienne, la capacité de travail exigible dans l'activité habituelle, respectivement dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et enfin les motifs d'une incapacité de travail totale si tel devait être le cas.![endif]>![if> 12. Par communication du 15 avril 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée et qu'une décision sur son droit à une rente lui serait notifiée par la suite.![endif]>![if> 13. Le 17 mai 2010, la Dresse H_____ a répondu aux questions posées par la Dresse M_____. Elle a notamment expliqué que sa patiente présentait une double hernie discale C5-C6 et C6-C7 avec un canal rétréci sans signes d'atteinte médullaire, mais accompagnée de douleurs de type radiculaire des deux côtés prédominant à droite avec paresthésie et douleurs névralgiques non déficitaires majorées lors de toute activité nécessitant des gestes répétés des bras, telles que ménage, préparation des repas. De plus, elle présentait également des douleurs nocturnes. A cela s'ajoutaient des lombalgies chroniques d'origine dégénératives sur discopathies étagées et arthroses apophysaires douloureuses à la station debout et la marche ainsi qu'en position assise prolongée. La capacité de travail était nulle tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée, la Dresse H_____ ne voyant aucune activité sédentaire, sans efforts des membres supérieurs ni de surcharge lombaire. Enfin, les limitations fonctionnelles et le manque de formation expliquaient l'incapacité de travail totale.![endif]>![if> 14. Mandaté pour expertise par l'OAI, le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne générale, a examiné l'assurée le 12 octobre 2010 et établi un rapport en date du 21 octobre 2010.![endif]>![if> Lors de l'examen, l'assurée se plaignait d'atteintes de cinq types : - cervico-brachialgies sous

forme de douleurs et lourdeurs surtout lors des positions en flexion ; elles étaient d'allure mécanique, récurrentes et irradiaient dans les deux épaules ; elles étaient estimées à 4/10 et étaient soulagées au repos et à l'exposition au chaud ;

- lombopygalgies, soit des douleurs d'allure lancinante, chroniques, irradiant dans le membre inférieur, surtout à droite et parfois à gauche, en face latérale de la fesse et de la cuisse et parfois jusqu'au genou et au pied droits ainsi qu'en région interscapulaire dans un territoire diffus ; ces douleurs étaient météodépendantes et parfois insomniantes, s'aggravant lors des positions debout prolongées de plus de 30 minutes et assises de plus de 60 minutes, lors du port des charges supérieures à 5 kg, des mouvements d'antéversion et des longs déplacements en véhicules de plus de 60 minutes ; ces douleurs étaient soulagées par la prise d'AINS et d'antalgiques mineurs ;

- polyarthralgies, soit des douleurs localisées au niveau des épaules, des coudes, des poignets, des péri-hanches, des genoux et au niveau thoracique antérieur ; lesdites douleurs, météodépendantes, étaient également d'allure mécanique, parfois insomniantes et entraînant une diminution dans l'activité ménagère, étaient estimées à 8/10 ; elles étaient également migrantes et fluctuantes en intensité ;

- gonalgies des deux côtés, d'allure mécanique, irradiant sur la cuisse en région antérieure, estimées à 6/10 ; elles limitaient le périmètre de marche à 30 minutes, étaient exacerbées lors des mouvements de genuflexion et étaient améliorées par la prise d'antalgiques mineurs ;

- omalgies lancinantes, augmentant lors des mouvements de rotation et au-dessus de l'horizontal ainsi que parfois lors des mouvements de préhension, lesdites douleurs, estimées à 7/10, étaient soulagées à l'exposition au chaud, par la prise d'antalgiques.

A l'examen clinique, le Dr N_____ a relevé une douleur à la palpation de l'insertion du trapèze sur l'occiput des deux côtés. Les mobilisations du rachis dorsolombaire étaient très algiques dès la mi-course. L'examen segmentaire était diffusément douloureux, difficilement interprétable au vu du caractère hyperalgique au moindre effleurement. L'expert a également relevé la présence de 4/5 signes de non organicité selon Wadell et de 18/18 points de fibromyalgie positifs. Le Dr N_____ a fait procéder à des examens complémentaires des épaules et des genoux, qu'il a résumés dans son rapport. A titre de diagnostics avec effets sur la capacité de travail, l'expert a retenu un syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent (fibromyalgie), un syndrome de fatigue chronique, un syndrome cervico-brachial sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une discopathie C5-C6 et C6-C7, ainsi que des lombopygalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, avec une discopathie L4-L5 et L5-S1 et une périarthropathie des hanches des deux côtés. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, le Dr N_____ a mentionné un status post-ovariectomie gauche pour grossesse extra-utérine, une carence sélective en IgG1 et infections à répétition, des otites et une mastoïdite à répétition depuis 1989, une tachycardie ventriculaire bénigne de Gallavardin depuis 1988, un syndrome anxio-dépressif traité depuis 2009 et de l'asthme chronique. Dans son appréciation du cas, le Dr N_____ a estimé que l'assurée devrait bénéficier d'une prise en charge en physiothérapie sous forme de mobilisation active et passive, reconditionnement physique, étirements des différents groupes musculaires à sec et surtout piscine sous forme de balnéothérapie avec application de jet de massage. Par ailleurs, l'introduction d'une médication tricyclique pouvait permettre de rehausser le seuil de déclenchement de la douleur. S'agissant de l'exigibilité d'une activité lucrative, l'expert a considéré que dans l'ancienne activité de femme de ménage et gardiennage de maison privée, la capacité de travail pouvait être estimée à 80%. Cette activité était en effet adaptée dans la mesure où l'assurée devait essentiellement

s'occuper de ses employeurs et que tous les travaux lourds étaient effectués par des tierces personnes. L'impotence fonctionnelle résidait dans les mouvements en porte-à-faux, le port de charges de plus de 5kg avec long bras de levier, les mouvements combinés de rotation-rétro-flexion et les longs trajets en véhicules. L'appréciation de l'expert se différenciait de celle du médecin traitant, pour qui la capacité de travail était nulle. En effet, l'expert considérait qu'il n'y avait pas d'amyotrophie ni de trouble neurologique faisant évoquer un syndrome radiculaire, l'impotence résidant essentiellement dans le vécu douloureux chronique s'étant cristallisé, associé à une nette diminution du seuil de déclenchement de la douleur. Une éventuelle réadaptation professionnelle était peu envisageable en raison de la fatigue chronique, de la diminution du seuil de déclenchement de la douleur, de la conviction d'une invalidité de longue durée, de l'absence de formation et de l'âge de l'assurée, qui constituaient des facteurs de mauvais pronostic. Une intelligence normale et la bonne maîtrise du français constituaient cependant des facteurs de bons pronostics. Dans une activité adaptée, soit une activité permettant une alternance des positions assise et debout, une diminution des mouvements en porte-à-faux avec long bras de levier ainsi qu'une diminution des ports de charges de plus de 5kg, l'assurée était capable de travailler à 80% voire 100% avec une diminution de rendement de 30% de manière transitoire. 15. Compte tenu du diagnostic de fibromyalgie retenu par le Dr N _____, l'OAI a mandaté le Dr O _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour expertise.!

Après avoir procédé à un entretien en date du 15 mars 2011, le Dr O _____ a établi un rapport en date du 16 mars 2011. Il ressort de ce rapport que l'assurée a déclaré aimer son travail et ne pas apprécier son inactivité. Elle se plaignait également d'être de plus en plus « dégradée » et d'avoir un moral fluctuant avec des moments où elle se sentait moins bien et pensait à ses enfants (soit 80% du temps) et des moments où elle se sentait mieux, où elle rencontrait ses enfants et appréciait ses activités (20%). L'examen psychiatrique du 15 mars 2011 a mis en évidence un moral bon, sans tristesse ni irritabilité, cependant avec des ruminations existentielles mais sans idées noires. Le Dr O _____ a également relevé une fatigabilité anamnétique sans trouble de la concentration ou de la mémoire, l'absence d'anhédonie, l'assurée appréciant rester avec sa famille, partager des moments avec ses enfants, cuisiner, faire les courses, écouter la musique portugaise et sans repli social, l'assurée déclarant des amitiés et connaissances, qu'elle rencontrait régulièrement. Elle n'avait pas non plus de perte d'estime d'elle-même, se déclarant sensible, honnête, franche et susceptible. Quant au sommeil, il était perturbé par des réveils récurrents, l'appétit étant toutefois conservé et la libido satisfaisante. L'examen clinique avait également mis en évidence des éléments en faveur d'angoisses itératives, venant et passant seules, sans élément en faveur d'une agoraphobie, claustrophobie, de phobie sociale, de crises d'anxiété généralisée ou de la lignée obsessionnelle. L'examen n'avait permis de mettre en évidence ni signe floride de la série psychotique ni trouble de la personnalité au sens de la CIM-10. Fort de ces constatations, le Dr O _____ a retenu le diagnostic de dysthymie, qui n'avait cependant pas de répercussion sur la capacité de travail. En effet, l'examen psychiatrique du 15 mars 2011 avait mis en évidence les éléments d'un tableau de dépression chronique de l'humeur, dont la sévérité était insuffisante pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent léger. L'intensité et la fluctuation du tableau évoquaient le diagnostic de dysthymie où les sujets présentaient habituellement des périodes de quelques jours à quelques semaines pendant lesquelles ils se sentaient bien mais la plupart du temps, ils se sentaient fatigués et déprimés, tout leur coûtait et rien ne leur était agréable, ils rumaient et se plaignaient, dormaient mal

et perdaient confiance en eux-mêmes, mais restaient habituellement capables de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, ce qui était le cas de l'assurée. Dans la mesure où l'assurée se plaignait d'un tableau algique, l'expert a examiné les critères jurisprudentiels qu'il a appréciés de la manière suivante : - aucune comorbidité psychiatrique manifeste ;![endif]>![if> - aucune affection chronique, s'étendant sur plusieurs années, sans rémission durable ;![endif]>![if> - aucune perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie ;![endif]>![if> - un état psychique cristallisé difficile à mettre en évidence ;![endif]>![if> - pas d'échec au traitement psychiatrique dès lors qu'aucun traitement de ce type n'avait été proposé.![endif]>![if> Comme aucun des critères jurisprudentiels n'était réuni, l'expert n'a pu envisager l'aspect incapacitant du tableau algique. Enfin, l'expert a considéré que tant l'activité habituelle qu'une activité adaptée étaient exigibles à 100%. 16. Par avis du 8 juillet 2011, la Dresse P _____, médecin auprès du SMR, a estimé, au vu des expertises pratiquées, que l'assurée avait une capacité de travail de 80% dans son ancienne activité et ce dès juin 2008, dans la mesure où le Dr N _____ retenait une incapacité totale de travailler depuis cette date en raison du vécu douloureux s'avérant non invalidant suite à l'expertise psychiatrique du Dr O _____.![endif]>![if> 17. Le 5 septembre 2011, l'OAI a soumis à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel elle présentait une incapacité d'effectuer les travaux habituels dans son ménage à raison de 20%, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 8%. Aucune incapacité de travail n'était retenue dans l'activité professionnelle, de sorte que le taux d'invalidité total s'élevait à 8%, ce qui n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité.![endif]>![if> 18. Dans le cadre du droit d'être entendu de l'assurée, une rencontre a été organisée le 12 octobre 2011. Lors de cette rencontre, l'assurée a expliqué qu'elle avait travaillé avec une hernie discale pendant de nombreuses années pour un employeur qui avait adapté la place de travail en conséquence. Elle était cependant d'avis qu'une telle activité n'existait pas dans le marché économique. Actuellement, une deuxième hernie discale ainsi qu'une surdité des deux oreilles aggravaient la situation. ![endif]>![if> Lors de cette rencontre, l'assurée a transmis les documents suivants à l'OAI : - un courrier de la Dresse H _____ du 7 octobre 2011, dans lequel ce médecin expliquait notamment que l'activité exercée par l'assurée jusqu'en 2008 était particulière compte tenu des excellents rapports professionnels avec son employeur et que ladite activité ne pouvait être comparée à une activité similaire chez un autre employeur ; l'activité ménagère de l'assurée était en outre entravée par des douleurs quotidiennes, mal soulagées par les divers traitements ; le médecin traitant considérait également que le problème ORL était sous-estimé dans l'appréciation de la capacité de travail ; enfin, la Dresse H _____ répétait la situation sur le plan rhumatologique ;![endif]>![if> - les comptes rendus du Dr J _____ datés 20 août et 4 octobre 2010 ainsi que les résultats des tests pratiqués aux mêmes dates, faisant état d'un syndrome obstructif aggravé, dans le contexte d'une bronchite, respectivement d'une atteinte résiduelle des débits intermédiaires dans le cadre d'un asthme au long court ;![endif]>![if> - une attestation médicale du Dr L _____ datée du 19 décembre 1994, relative aux tachycardies ventriculaires de Gallavardin ;![endif]>![if> - la décision du Service des mesures cantonales, OCE, du 4 septembre 2009, par laquelle il était mis un terme au versement des indemnités de chômage, avec effet au 31 août 2009, en raison de l'incapacité totale de travailler ;![endif]>![if> - l'avis du médecin-conseil de l'OCE, du 29 août 2009, dont il ressort que l'assurée était médicalement inapte à l'emploi, probablement de façon définitive.![endif]>![if> 19. Dans un avis du 12 octobre 2011, la

Dresse P _____ a maintenu les précédentes conclusions du SMR, considérant qu'il n'y avait ni aggravation ni nouvelle atteinte. 20. Par décision du 25 avril 2012, l'OAI a confirmé son projet du 5 septembre 2011. 21. Par courrier du 25 mai 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision du 5 septembre 2011 concluant préalablement, à la réalisation d'une nouvelle expertise médicale, à une comparution personnelle et principalement à l'annulation de la décision querellée et à l'octroi d'une rente d'invalidité. A l'appui de ses conclusions, la recourante relève notamment que le rapport du Dr N _____ comporte plusieurs contradictions et minimise certains aspects. Elle explique également que l'activité de femme de ménage implique les travaux suivants : faire du repassage, nettoyer les vitres, passer l'aspirateur, faire la poussière, laver les salles de bains, ce qui implique qu'il faut se baisser et se lever à maintes reprises, bouger la tête, faire des mouvements répétitifs avec les bras pendant des heures (repassages, nettoyage des vitres), porter des charges, qui sont des tâches qu'elle n'est plus en mesure d'effectuer. Enfin, la recourante s'étonne que l'OAI ait pu évaluer l'empêchement dans la tenue du ménage à 20% sans que personne ne se soit rendu chez elle pour procéder à cette évaluation. 22. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 21 juin 2012, concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il considère tout d'abord que la recourante n'apporte pas d'élément permettant de remettre en cause l'expertise du Dr O _____. Il en va de même de l'expertise du Dr N _____, lequel a pris en considération les nombreuses atteintes et a jugé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant la capacité d'effectuer les travaux habituels, l'intimé s'est fondé sur les expertises des Drs N _____ et O _____, dont il ressort que la recourante a déclaré être capable d'effectuer, de manière autonome, le ménage léger, les commissions légères, de prendre le bus seule, de cuisiner et de porter les charges de moins de 5 kg de sorte qu'elle ne présente pratiquement pas d'empêchements dans l'exécution des travaux ménagers, ce qui est confirmé par les constatations médicales. La recourante bénéficie en outre de l'aide de sa famille pour les tâches lourdes. Partant, en application du principe d'appréciation anticipée des preuves, l'OAI a estimé hautement vraisemblable que les empêchements dans les travaux du ménage étaient minimes mais il a néanmoins admis, de manière large, un empêchement à hauteur de 20%. 23. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 17 octobre 2012. Entendue à cette occasion, la recourante a expliqué qu'elle avait travaillé pendant 17 ans après d'un couple âgé, dans une villa de six pièces à Thônex. Elle s'occupait un peu de tout. Sa patronne, qui était française, partait souvent en France et elle restait donc dans la maison. Elle souffrait déjà d'une hernie discale mais sa patronne était très gentille et ne lui faisait pas faire les travaux lourds. La recourante faisant donc du ménage léger, de la cuisine légère et un peu de repassage, les travaux plus lourds étant notamment confié à une blanchisserie. Dans un premier temps, elle effectuait quatre heures de travail par jour jusqu'en 2004 environ. A ce moment, lorsque le patron est tombé malade, elle a effectué davantage d'heures, notamment pour le surveiller et lui apporter de l'aide. Au total, l'activité pour ces employeurs correspondait à une activité à 60%. En 2008, sa patronne a quitté Genève pour la France. Avant de passer à 60%, elle travaillait également à raison de 3 heures par semaine chez une autre personne. Elle a cependant dû arrêter cette activité en 2005, lorsque cette personne a également quitté Genève pour la France. Après avoir réitéré quelques-unes des critiques dirigées contre l'expertise rhumatologique, la recourante a expliqué qu'elle avait remis au Dr N _____ un rapport du Dr J _____ mais que l'expert ne l'avait pas ouvert et lui

avait rendu l'enveloppe. Elle avait en effet fait une nouvelle crise d'asthme. La recourante considère en outre que les problèmes d'audition ont une influence sur sa capacité de travail. En effet, elle doit toujours retirer l'appareil pour mettre des gouttes et elle n'entend alors plus. De plus, elle présente des infections à répétition durant lesquelles elle ne peut porter l'appareil auditif. Enfin, la recourante rappelle qu'elle n'a jamais volontairement déposé de demande de prestations de l'assurance-invalidité, ce processus ayant en réalité été initié par la détection précoce. Pour sa part, l'OAI a relevé que l'ancienne activité était déjà une activité adaptée et que l'expert rhumatologue avait pris en compte toutes les atteintes à la santé sur la base des pièces au dossier. Lors de cette audience, la recourante a également produit les pièces complémentaires suivantes : - un rapport de la Dresse H_____ du 24 septembre 2012, résumant la situation et notamment le fait que les neurochirurgiens consultés ne retenaient pas d'indication chirurgicale s'agissant des atteintes au rachis cervical ;![endif]>![if> - une expertise médicale réalisée le 9 septembre 2012 par la Dresse I_____ dans le cadre d'une demande de moyens auxiliaires, dont il ressort que la recourante souffrait d'une perte auditive selon l'audiogramme tonal de 85,7% à droite et de 88,3% à gauche et selon l'audiogramme vocal de 83,3% à droite et de 90% à gauche ;![endif]>![if> - un rapport circonstancié du Dr J_____, du 16 octobre 2012, dans lequel ce médecin explique les motifs pour lesquels l'intimé a sous-estimé les quatre diagnostics incapacitants :![endif]>![if> o s'agissant de l'asthme allergique chronique, le médecin précité relève que l'antécédent de tachycardie ventriculaire récidivante constitue une contre-indication cardiaque restreignant le recours à l'un des traitements-clé de l'asthme ; de plus, entre les crises, il n'y a jamais eu un retour des fonctions pulmonaires à 100% des valeurs ; par ailleurs, la recourante est sujette à des épisodes de dyspnée, ce qui restreint la capacité de travail, de même que l'allergie documentée aux acariens, qui constitue un facteur de risque pour une activité de femme de ménage ;![endif]>![if> o le déficit immunitaire IgG1 nécessite un traitement par perfusion, effectué toutes les six semaines ; or, ledit traitement entraîne le jour même un inconfort général, puis au cours des deux à trois jours suivants, une hypotension variable et une fatigue ;![endif]>![if> o la recourante est en outre malentendante, ce qui l'affecte dans sa vie quotidienne et dans les relations avec les autres ;![endif]>![if> o enfin, sur le plan rhumatologique, quand bien même l'assurée effectuait son activité professionnelle au domicile d'une personne conciliante, qui la ménageait (tâches domestiques moins lourdes que dans une stricte activité professionnelle, exemptes d'efforts et associant le gardiennage), la recourante a tout de même développé des symptômes pour lesquels il n'y a aucune issue chirurgicale possible aux yeux des experts.![endif]>![if> En guise de conclusion, le Dr J_____ indique que ces maladies considérées ensemble sont incompatibles avec la reprise d'une activité lucrative, ce qui était d'ailleurs également l'avis du Dr G_____, médecin-conseil de l'OCE. En annexe au courrier du Dr J_____ figurent les fonctions pulmonaires et les graphiques des tendances entre les mois d'août 2008 et octobre 2010. - Une illustration des fluctuations de l'asthme de la recourante entre 2001 et 2012.![endif]>![if> 24. Le 25 novembre 2012, l'intimé s'est prononcé sur les pièces produites lors de l'audience de comparution personnelle du 17 octobre 2012, persistant dans ces conclusions. En effet, l'OAI, se fondant sur l'avis du SMR qu'il produit en annexe, considère que le Dr J_____ ne précise ni la fréquence ni la durée des décompensations asthmatiques. Concernant la crise observée le 20 août 2010, elle n'était que transitoire dans la mesure où les valeurs VEMS étaient à près de 100% le 4 octobre 2010. Quant à l'opinion divergente des Drs J_____ et H_____, il s'agit en

réalité d'une appréciation différente d'un même état de fait.![endif]>![if> 25. Pour sa part, la recourante persiste dans ses conclusions par courrier du 11 janvier 2012.![endif]>![if> 26. Sur ce, la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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; 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).![endif]>![if> La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.![endif]>![if> 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). 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.![endif]>![if> 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.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 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 malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). ![endif]>![if> 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 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). 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).

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 LPG), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, cela à la lumière de sa situation personnelle,

familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

b) Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a 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. 28 a 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).

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. 28 a 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 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). 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 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 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 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).

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 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).

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 différenciait 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 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 lombopygalgies 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 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. 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. 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. Etant donné que, depuis le 1^{er} 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. 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.