

GE_GERICHTE A/2435/2008 vom 22. April 2009

GE Cour de justice, 2009-04-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2435_2008

FR: GE_GERICHTE A/2435/2008 du 22 avril 2009

IT: GE_GERICHTE A/2435/2008 del 22 aprile 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.04.2009
A/2435/2008

A/2435/2008 ATAS/443/2009 du 22.04.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2435/2008
ATAS/443/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 5 du 22 avril 2009 En la cause Madame M_____, domiciliée à BERNEX,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GABUS-THORENS Elisabeth
recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de
Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame M_____, née en 1961, sans formation,
mariée et mère de deux enfants, a travaillé en tant que femme de ménage pour la pharmacie
X_____ à partir du mois de janvier 2002. A partir du 13 mars 2006, une incapacité de
travail entière de l'intéressée était attestée en raison de céphalées de tension et d'acouphène,
ainsi que d'un état anxio-dépressif et de fibromyalgie. L'intéressée a été examinée par le Dr
A_____, rhumatologue, aux mois de juin et septembre 2006. Selon son rapport du 13
juin 2006, les cervicalgies et les douleurs des trapèzes dont souffrait la patiente étaient
uniquement d'origine abarticulaire et musculaire. Il n'avait pas d'arguments pour une autre
origine des plaintes. Il observait une diminution du seuil de la douleur (10 points de
fibromyalgie douloureux sur 18) chez une patiente traitée pour une ancienne dépression et
souffrant d'acouphènes de longue date. Il n'a pas réussi à détecter d'événements particuliers
qui auraient pu déclencher les douleurs et il n'y avait pas d'argument en faveur d'autres
investigations. Dans le rapport du 25 septembre 2006, le Dr A_____ a confirmé en
substance ses précédentes conclusions. La Dresse B_____, responsable du Centre
multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des Hôpitaux universitaires de
Genève (HUG) a évoqué, dans son rapport du 11 juillet 2006, la présence de céphalées de
tension associées à des cervicalgies et des omalgies droites, dans le contexte d'un état
dépressif contribuant à abaisser le seuil de tolérance à la douleur. Selon le rapport du Dr
C_____, spécialiste en médecine interne et endocrinologie, du 15 juin 2006, la patiente
présentait une hyperthyroïdie sub-clinique (valeurs encore normales) et peu symptomatique.
La Dresse D_____, psychiatre, a posé, dans son rapport du 18 décembre 2006, le
diagnostic de trouble anxio-dépressif, apparu dans le contexte du développement d'un
acouphène en 1993 et d'une anémie sur hémorroïdes plus récemment. Au moment de
l'examen, même s'il n'y avait plus d'événement majeur déclenchant, la persistance des
douleurs sans substrat organique objectivable faisait craindre qu'une prise en charge
somatique ne fasse que conforter la patiente dans sa douleur. Il était par conséquent
préférable de se concentrer sur une prise en charge psychiatrique. Quant à la capacité de
travail, on pouvait craindre de voir évoluer la patiente vers une invalidité. Le 23 mars 2007,
l'intéressée a déposé auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après :
l'OCAI) une demande de prestations tendant à l'octroi d'une rente d'invalidité. Elle

alléguait souffrir de maux de tête et d'acouphène, présents depuis 1993 mais qui étaient devenus insupportables à partir du mois de mars 2006. Selon le questionnaire pour l'employeur du 10 avril 2007, l'assurée, qui était engagée en tant que femme de ménage le 14 janvier 2002, a été licenciée avec effet au 30 juillet 2006, la pharmacie ayant été rachetée par un autre groupe. Le dernier jour de travail effectif était le 13 mars 2006. Elle travaillait en moyenne entre 60 et 70 heures par mois, pour un salaire horaire de 24 fr., auquel s'ajoutait l'indemnité pour vacances (25 fr./h en 2007). La Dresse E_____ a attesté en date du 27 mai 2007 que l'assurée, qu'elle suivait depuis le 31 octobre 2000, souffrait d'une céphalée de tension et d'acouphène, d'un état anxio-dépressif chronique ainsi que d'un syndrome douloureux diffus chronique, et ce depuis 1993. Elle présentait également des hématochésies sur maladie hémorroïdaire de stade 2 depuis 2006 pour lesquelles une opération était prévue en juin 2007. L'ensemble de ces affections était invalidant, sa patiente présentant une incapacité de travail entière dans l'activité de femme de ménage depuis le 13 mars 2006. L'exercice d'une autre activité n'était pas non plus exigible. Le médecin traitant joignait à son rapport une copie du dossier médical en sa possession, à savoir notamment : un rapport du Dr F_____, de la Clinique et Polyclinique d'oto-rhino-laryngologie des HUG du 21 février 2001, attestant d'une surdité survenue brusquement en 1993 à droite, des suites de laquelle un acouphène avait fait apparition; il s'agissait d'affections pour lesquelles il n'y avait pas de traitement; un soutien psychologique était préconisé, dès lors que parmi les personnes qui ne toléraient pas l'acouphène, bon nombre souffrait aussi d'un état dépressif ; deux courriers du Dr G_____, neurologue, des 20 juin et 3 juillet 2001, faisant état de céphalées chroniques, dont la composante tensionnelle semblait dominer, favorisées par un état anxio-dépressif réactionnel et un acouphène mal toléré; l'IRM cérébrale n'avait révélé qu'un petit polype du sinus maxillaire droit, sans autre anomalie plus significative, attestant du caractère fonctionnel des céphalées, l'évolution des céphalées était favorable sous traitement de Tryptizol ; des courriers des 18 et 27 janvier 2006, ainsi que du 1^{er} mars 2007 du Dr H_____, gastro-entérologue, rapportant la présence d'hémorroïdes internes de grade I à II, ainsi qu'une oesogastroduodenoscopie effectuée le 28 février 2007 qui n'a révélé aucune anomalie; une lettre de la Dresse I_____, neurologue, du 16 mars 2006, décrivant des céphalées de tension plus marquées qu'en 2005, avec un électroencéphalogramme normal; Un courrier du Dr J_____, neurochirurgien, du 29 mai 2006, rapportant une IRM cérébrale parfaitement normale et l'absence de compression hormis des discopathies débutantes; Un courrier du Dr K_____, de l'unité de proctologie des HUG, du 23 mars 2007, qui mentionnait la mise en place d'une ligature élastique après réduction des hémorroïdes. Dans un rapport du 12 septembre 2007, la Dresse L_____, psychiatre traitant, a exposé que sa patiente souffrait de dépression récurrente moyenne depuis 2006, de surdité droite et d'acouphène depuis 1993 et d'agueusie depuis 2007. L'incapacité de travail était entière dans toute activité, en raison des troubles somatiques et psychiques. L'assurée suivait une psychothérapie de soutien et un traitement antidépresseur lui avait été prescrit à plusieurs reprises, mais il était mal supporté. Le 24 septembre 2007, le Dr N_____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a observé qu'il n'y avait pas d'atteinte à la santé physique susceptible d'avoir une influence notable sur la capacité de travail. Il y avait un syndrome douloureux avec état dépressif qui pouvait faire penser à un trouble somatoforme douloureux persistant ou à une affection équivalente. Une expertise psychiatrique paraissait donc nécessaire. Le 3 octobre 2007, l'assurée a retourné à l'OCAI le questionnaire servant à

déterminer son statut dûment rempli. Elle a répondu que si elle était en bonne santé, elle travaillerait en tant qu'aide-ménagère à 80%, tant pour des raisons financières que par intérêt personnel. A cause de ses problèmes de santé, elle n'avait pas entrepris de démarches en vue de retrouver un travail. Elle a rajouté qu'elle avait travaillé à plein temps de 1989 à 1997 et qu'à partir de 2002, elle avait travaillé à temps partiel, pour des raisons de santé, à raison de 16 heures par semaine. En date du 29 octobre 2007, l'assurée a été examinée par la Dresse O _____, psychiatre, à la demande du SMR. Dans son rapport du 13 novembre 2007, elle a posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. Au moment de l'expertise, l'état dépressif diminuait la capacité de travail de 50%, compte tenu d'une lenteur modérée dans l'exécution de sa tâche et du besoin de récupération. L'assurée effectuait à domicile des tâches ménagères similaires à celles de son activité professionnelle et recevait l'aide de son époux selon l'intensité de ses douleurs. Dans la mesure où l'épisode dépressif inaugural semblait s'améliorer, le pronostic était bon sur le plan psychiatrique. A cet égard, le traitement prodigué pouvait être amélioré. L'expert préconisait notamment une augmentation de l'antidépresseur et une intensification du suivi psychothérapeutique. Dans un avis du 8 janvier 2008, le Dr N _____ du SMR a estimé que l'incapacité de travail de 100% depuis 2006 n'était pas justifiée. En l'état, on pouvait admettre que la capacité de travail était limitée à 50% dans la sphère lucrative, mais qu'il n'y avait pas de limitations notables pour le ménage. Le 20 février 2008, l'OCAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. L'assurée a déclaré à cette occasion que si elle était en bonne santé, elle travaillerait 3 heures le matin et 3 heures l'après-midi, soit à un taux d'activité de 75%. Lorsqu'elle était arrivée en Suisse en 1987, elle avait travaillé comme aide-ménagère dans une famille pendant dix ans. Elle avait été licenciée en 1994 pour des raisons de santé puis elle avait touché le chômage pendant deux ans. Elle était ensuite devenue mère au foyer. Elle avait retrouvé un travail en 2002 en tant que femme de ménage à 40%, mais elle aurait souhaité travailler davantage. Selon les constatations de l'enquêtrice, le degré d'empêchement dans le ménage était de 20,15%. Les empêchements étaient qualifiés de modérés, seuls les travaux physiques lourds étant difficiles à réaliser. La contribution du mari et des enfants a été prise en compte. La Dresse O _____ a examiné une seconde fois l'assurée le 7 avril 2008 et a établi un rapport complémentaire en date du 25 avril 2008. Depuis sa précédente évaluation, en octobre 2007, l'état psychique de l'assurée avait connu une évolution favorable, grâce à l'augmentation de la médication antidépressive et au décours naturel de la maladie. Au moment de l'expertise, l'assurée ne présentait pas de limitations fonctionnelles sur le plan psychiatrique et sa capacité de travail était de 100%. L'épisode dépressif observé en octobre 2007 était en rémission. La capacité de travail était donc entière dans l'ancienne activité. Dans un avis du 7 mai 2008, le Dr N _____ a considéré que même si l'expert avait reconnu précédemment une capacité de travail de seulement 50%, elle était désormais de 100%. L'atteinte à la santé ne représentait donc pas une maladie durable au sens de la loi. Par projet de décision du 8 mai 2008, l'OCAI a rejeté la demande de prestations. Compte tenu du fait que si l'assurée était en bonne santé, elle aurait travaillé à 75%, le degré d'invalidité dans la sphère lucrative se montait à 25% et à 5% dans le ménage (20% de 25%), de sorte que le degré d'invalidité global était de 30%, ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par ailleurs, à partir du 7 avril 2008, la capacité de travail était entière dans toute activité. En date des 27 mai et 9 juin 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle contestait tant l'appréciation médicale du dossier, en particulier les expertises de la Dresse O _____, que les constatations de l'enquête économique sur le ménage. De

plus, le calcul du degré d'invalidité était erroné dès lors que l'OCAI n'avait pas procédé à la comparaison des revenus. Enfin, si elle avait été en bonne santé elle aurait travaillé à 100%, la méthode mixte ne lui étant donc pas applicable. Elle a requis l'octroi d'une demi-rente d'invalidité, ainsi que de mesures de réadaptation professionnelle. Par décision datée du 11 juin 2008, l'OCAI a maintenu le refus de prestations, l'assuré n'ayant pas fait valoir, dans le cadre de l'audition, de nouvelles pièces médicales susceptibles de modifier l'appréciation du dossier. L'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, par pli daté du 3 juillet 2008. L'appréciation médicale du dossier était contestée, les conclusions de la Dresse O _____ étant en contradiction avec celles des autres médecins consultés. De plus, le SMR n'avait pas tenu compte de l'impact des affections somatiques sur la capacité de travail. La recourante joignait à cet effet un courrier de la Dresse E _____ du 3 juillet 2008, confirmant une incapacité de travail entière compte tenu des souffrances physiques et psychiques. La recourante faisait aussi grief à l'OCAI de ne pas avoir procédé à une comparaison des revenus s'agissant du volet professionnel et d'avoir confondu le taux d'incapacité de travail avec l'invalidité. De plus, le degré d'empêchement dans la sphère ménagère était d'au moins 54,85%. Enfin, il était erroné de prendre en considération une activité lucrative à 75%, dès lors qu'avant de tomber malade en 1993, elle avait travaillé à 100%. Dans sa détermination du 3 octobre 2008, l'OCAI a répondu que, s'agissant du statut de la recourante, elle avait elle-même indiqué, dans le questionnaire prévu à cet effet, que si elle était en bonne santé elle travaillerait à 80%. Par ailleurs, lors de l'enquête économique sur le ménage, l'assurée a confirmé qu'elle aurait aimé travailler à raison de 6 heures par jour, soit 30 heures par semaine correspondant à un taux d'activité de 75%. Dans ces conditions, elle ne pouvait pas soutenir, au stade du recours, que si elle avait été en bonne santé elle travaillerait à 100%. Quant aux rapports de la Dresse O _____, ils remplissaient les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante. Ainsi, sur le plan psychiatrique, il convenait d'admettre que la recourante présentait désormais une capacité de travail entière. Quant aux troubles somatiques, l'OCAI se référait à l'avis du SMR du 3 septembre 2008, joint à sa réponse au recours. Par réplique du 29 octobre 2008, la recourante a rappelé qu'elle n'était pas guérie de sa dépression et qu'elle supportait très difficilement les acouphènes violents qui subsistaient. C'était à tort que le Dr N _____ du SMR avait examiné l'impact de chaque affection prise isolément sur la capacité de travail, sans regarder la situation dans son ensemble. Le Tribunal de céans était ainsi invité à ordonner une expertise complémentaire, bidisciplinaire, afin de déterminer l'effet de toutes les pathologies présentées sur sa capacité de travail. La réplique était accompagnée d'un rapport de la Dresse L _____ du 22 octobre 2008. Dans sa duplique du 19 janvier 2009, l'intimée a encore précisé que l'enquête économique tenait compte de la contribution du mari et des enfants, âgés de 13 et 15 ans, l'aide des membres de la famille allant plus loin de ce qui était normalement attendu si la personne n'était pas atteinte dans sa santé. Pour le surplus, les conclusions de l'enquête ne prêtaient pas le flanc à la critique. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. a) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment

la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGa). Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent 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). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). b) S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, elles sont à prendre en considération pour déterminer les prestations dès cette date dans la mesure de leur pertinence, eu égard au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment de la réalisation de l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision (ATF 129 V 1 consid. 1.2 p. 4 et les arrêts cités). Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur le degré de sa capacité de travail et le calcul du taux d'invalidité. 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 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). a) L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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 (art. 28 al. 1 LAI en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 et art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008). b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGa) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGa) (let. b). 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 261 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 LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les

moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical 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 d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c.). Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). En l'espèce, sur le plan somatique, la recourante présente principalement des céphalées de tension et des acouphènes, dans le contexte d'une surdité à droite, apparue brusquement en 1993. Selon son médecin traitant, la Dresse E_____, ces affections ont des répercussions sur la capacité de travail. Toutefois, il apparaît des nombreuses pièces médicales présentes au dossier que les problèmes rencontrés par la recourante sont essentiellement d'origine psychique et non pas organique. En effet, les investigations neurologiques n'ont révélé aucune anomalie. En particulier, ni l'IMR cérébrale de 2001 (cf. courriers du Dr G_____ à la Dresse E_____ des 20 juin et 3 juillet 2001), ni l'électroencéphalogramme, effectué par la Dresse I_____ en 2006, n'ont mis en évidence une quelconque pathologie. C'est la raison pour laquelle le Dr G_____ a observé en 2001 que la composante tensionnelle des céphalées semblait dominer, l'évolution étant favorable sous traitement antidépresseur (Tryptizol). Ce même

traitement a d'ailleurs été prescrit par la Dresse I _____ cinq ans plus tard. Les investigations rhumatologiques effectuées (cf. rapports du Dr A _____ des 13 juin et 25 septembre 2006) n'ont pas non plus révélé de particularités. L'IRM cervicale n'a montré qu'une discrète protrusion discale C6-C7 sans autre anomalie et l'échographie de l'épaule droite était aussi sans problèmes (cf. rapport du Dr A _____ du 26 septembre 2006). Par ailleurs, les acouphènes et la surdité partielle, apparus en 1993, ne sont pas incompatibles avec l'exercice de l'activité de femme de ménage et du point de vue strictement somatique, rien dans le dossier ne permet d'expliquer l'aggravation de ces troubles à partir de 2006, soit treize ans après leur survenance. Il convient aussi d'observer que tant le Dr A _____ que la Dresse B _____ ont observé un abaissement du seuil de la douleur et évoqué un trouble dépressif, alors que la Dresse E _____ a diagnostiqué la présence d'un syndrome douloureux diffus chronique. Quant au Dr F _____, spécialiste FMH en otologie, il a observé, en 2001, que le traitement de l'intolérance à l'acouphène passait avant tout par le soutien psychologique. Ainsi, les investigations médicales n'ont révélé chez la recourante aucune atteinte somatique susceptible d'entraîner une incapacité de travail et de gain d'une certaine importance. En particulier, les céphalées de tension n'ont pas de substrat organique et l'intolérance aux acouphènes apparaît bien plutôt avoir une origine psychique. Quant aux autres troubles mentionnés dans les rapports médicaux recueillis (hémorroïdes, anémie, hyperthyroïdie subclinique, lombosciatalgies, douleurs à l'épaule droite), il s'agit d'affections qui, de par leur nature ou gravité, n'ont pas des répercussions durables sur la capacité de travail de (cf. avis du SMR du 3 septembre 2008 et les références), la recourante estimant elle-même que seuls les acouphènes et les céphalées étaient significatives (cf. expertise de la Dresse O _____ du 13 novembre 2007, p. 7). Le fait que les médecins traitants de la recourante, les Dresse E _____ et L _____, fassent état d'une limitation de la capacité de travail aussi pour des raisons physiques n'est pas décisif, leur avis ne reposant pas sur des considérations objectives. De plus, il est constant que le médecin traitant est susceptible d'être enclin de prendre parti pour son patient, compte tenu de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. En revanche, le tableau clinique révèle une problématique de nature essentiellement psychique dont il convient d'examiner le caractère invalidant. a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). b) Selon la Dresse O _____, qui a examiné l'assurée une première fois le 29 octobre 2007 (cf. son rapport du 13 novembre 2007), la recourante présentait au moment de l'expertise un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. La capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de ménage était de 50%, le pronostic étant toutefois favorable. La recourante conteste cette appréciation et fait valoir qu'elle serait entièrement incapable de travailler dans toute activité, comme l'attestent ses médecins traitants, la Dresse E _____ et la Dresse L _____. Toutefois, force est de constater que le rapport d'examen de la Dresse O _____ se fonde sur une anamnèse détaillée, des entretiens avec la recourante et un examen du dossier médical, y compris des contacts téléphoniques avec les médecins traitants. Le rapport tient compte des plaintes de la recourante et a été établi en

pleine connaissance du dossier. Ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante, ce d'autant plus que les conclusions de la Dresse O_____ ne sont pas globalement en contradiction avec les autres rapports psychiatriques. S'agissant du diagnostic posé, on relèvera que la Dresse L_____ a aussi retenu, dans son rapport à l'OCAI du 12 septembre 2007, un état dépressif de gravité moyenne, à l'instar de la Dresse O_____. A ce sujet, cette dernière a expliqué que l'absence d'agitation ou de ralentissement psychomoteur marqué permettait d'exclure l'intensité sévère de l'affection, l'assurée ne présentant pas non plus d'abattement ou d'anxiété marquée (expertise du 13 novembre 2007, p. 6). Quant au caractère récurrent, admis par la psychiatre traitant, l'expert l'a écarté, dans la mesure où tant l'assurée que son médecin traitant considéraient qu'il s'agissait d'un épisode inaugural. En effet, la symptomatologie anxieuse développée à partir de 1993, associée à une tristesse, dont l'intensité était insuffisante pour retenir le diagnostic de dépression, ne s'était transformée en épisode dépressif qu'à partir de 2006. En ce qui concerne le caractère invalidant de l'affection, la Dresse O_____ a précisé que l'état dépressif agissait sur la capacité de travail en raison des troubles du sommeil, du manque de motivation généré par cet état et des difficultés de concentration alléguées, de même qu'à cause du ralentissement psychomoteur modéré. L'état dépressif expliquait également une moindre tolérance aux acouphènes et aux céphalées, ainsi qu'une frustration importante par rapport au manque d'efficacité des traitements essayés. Cela étant, elle a estimé à 50% la capacité de travail, le pronostic étant bon sur le plan psychiatrique, moyennant notamment une augmentation de l'Exefor et une amélioration du traitement de l'insomnie. L'appréciation de la capacité de travail par l'expert est ainsi motivée et convaincante. Il apparaît d'ailleurs qu'elle n'est pas véritablement contredite par l'avis du psychiatre traitant, dès lors que la Dresse L_____ avait retenu une capacité de travail nulle dans toute activité mais cela aussi bien pour des raisons somatiques que psychiques. Quant à la Dresse D_____, elle ne s'était pas prononcée sur la capacité de travail. Le 7 avril 2008, la Dresse O_____, a réexaminé l'assurée. Elle a observé une amélioration de l'état de santé psychique, l'épisode dépressif moyen étant en rémission (cf. rapport d'expertise du 25 avril 2008). L'expertisée n'était plus ralentie sur le plan psychomoteur et ne présentait plus ni abattement ni angoisse. Sa thymie n'était pas abaissée. Elle pouvait se concentrer et lisait régulièrement, nonobstant les difficultés mnésiques décrites, et était bien orientée aux trois modes. Au plan social, l'assurée voyait régulièrement ses sœurs et se promenait quotidiennement et faisait ses courses. Elle s'occupait complètement des repas et elle faisait son ménage, même si elle ne passait pas l'aspirateur et ne nettoyait pas les vitres. Elle s'occupait du repassage et des courses (sauf les grandes courses). L'expert a estimé que la recourante ne présentait plus aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique et qu'elle était totalement apte à travailler dans l'activité de femme de ménage, et ce depuis la date de l'examen le 7 avril 2008. L'amélioration observée par la Dresse O_____ est d'ailleurs confirmée par la psychiatre traitant, la Dresse L_____, qui a rapporté une amélioration de l'état psychique de sa patiente, sous Exefor, depuis le début de l'année 2008 (courrier de la Dresse L_____ du 22 octobre 2008, p. 6). La Dresse L_____ a notamment observé une amélioration du sommeil et la disparition des idées suicidaires, la recourante voyant régulièrement ses sœurs et deux amies et s'occupant des tâches ménagères, à l'exception des travaux lourds. Au vu de ce qui précède, les conclusions des deux expertises psychiatriques emportent la conviction du Tribunal de céans. Il retient ainsi que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50%, en raison du trouble dépressif

moyen, du 13 mars 2006 au 7 avril 2008, date à partir de laquelle l'assurée a présentée une capacité de travail entière sur le plan psychique. En tant que le dossier médical renferme des éléments évocateurs d'une fibromyalgie (rapports de Dresse B _____ et Dr A _____) ou d'un trouble somatoforme douloureux (Dresse E _____ : « syndrome douloureux diffus chronique »), ce dernier diagnostic ayant été écarté par la Dresse O _____ au motif que la présence de céphalées de tension constituait un motif d'exclusion (cf. expertise du 13 novembre 2007, p. 7). le Tribunal de céans observe, à toutes fins utiles, que la recourante ne réunit pas en sa personne les critères jurisprudentiels susceptibles de fonder un pronostic défavorable quant à l'exigibilité au plan psychique d'une reprise de l'activité professionnelle, si tant est que l'un ou l'autre de ces diagnostics puisse être retenu (ATF 131 V 49). Elle n'a à l'évidence pas épuisé toutes ses ressources adaptatives, la recourante ayant notamment une vie de famille et sociale conservée (cf. constatations du rapport d'enquête économique ; cf. rapport d'expertise de la Dresse O _____ du 25 avril 2008, p. 2 ; rapport de la Dresse L _____ du 22 octobre 2008). Il reste à évaluer le degré d'invalidité pour la période du 13 mars 2006 au 7 avril 2008. a) En vertu de l'art. 28 LAI, en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (cf. art. 28a à partir du 1er janvier 2008), l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 2). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGa, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2bis ; art. 28a al. 2 depuis le 1er janvier 2008). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGa. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 2ter ; art. 28a al. 3 depuis le 1er janvier 2008). L'art. 16 LPGa prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. b) La réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). Elle relève d'une question de fait, dans la mesure où il s'agit d'une appréciation concrète des circonstances et non pas de l'application de conséquences générales tirées exclusivement de l'expérience générale de la vie (arrêts 9C_301/2007 du 18 septembre 2007 consid. 3.1 et I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les

références citées). En l'espèce, avant d'être en arrêt de travail au mois de mars 2006, la recourante travaillait à raison de 60/70 heures par mois, l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant d'environ 160 heures par mois. Son taux d'activité était donc d'environ 40%. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut de l'assurée, la recourante a déclaré que si elle était en bonne santé, elle aurait travaillé à 80%. Lors de l'enquête économique, elle a précisé que dans l'idéal, elle travaillerait à raison de trois heures le matin et trois heures l'après-midi, cinq fois par semaine, correspondant à un taux d'activité de 75%. Le Tribunal considère ainsi que le degré d'invalidité de la recourante doit être déterminé à l'aide de la méthode mixte, les allégations de la recourante selon lesquelles si elle était en bonne santé elle travaillerait à 100% n'emportant pas la conviction. En effet, en l'absence d'éléments susceptibles d'expliquer de manière convaincante pour quelles raisons la recourante a modifié ses premières déclarations en cours de procédure d'audition, il n'y a pas de motif de s'écarter du principe selon lequel, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait - en l'occurrence hypothétique -, la préférence doit être accordée à celle que l'assurée avait donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a p. 47; VSI 2000 p. 199 consid. 2d p. 201 [I 321/98]), ce d'autant plus qu'elles ont été fournies par l'intermédiaire de son conseil. De plus, lorsqu'elle affirme qu'en bonne santé, soit avant l'apparition des acouphènes en 1993, elle avait toujours travaillé à 100%, force est de constater que la recourante a donné naissance à ses deux enfants en 1993 et en 1995, ce qui est de nature à expliquer l'exercice d'une activité à temps partiel depuis lors. S'agissant de la répartition entre activité professionnelle et activité ménagère, le Tribunal retient que sur le vu de la situation concrète du cas particulier, il apparaît, au degré de vraisemblance requis, qu'au moment - déterminant en l'occurrence (ATF 121 V 366 consid. 1b) - où la décision litigieuse du 11 juin 2008 a été rendue, la recourante aurait exercé une activité lucrative à 75%. En effet, avant la survenance de l'atteinte à la santé en mars 2006, elle avait travaillé à raison de quatre à cinq heures par jour tout en s'occupant de ses filles nées en 1993 et en 1995. A l'examen de la situation financière du couple et compte tenu du fait qu'à l'époque déterminante les tâches d'éducation et de soins prenaient moins de temps qu'auparavant, une augmentation de l'activité professionnelle de l'épouse dans une mesure correspondant à 1 à 2 heures supplémentaires par jour est vraisemblable. Compte tenu de l'ensemble des circonstances - personnelles, familiales, sociales et économiques (ATF 130 V 396 consid. 3.3), on doit ainsi considérer que la recourante, si elle n'était pas atteinte dans sa santé, se consacrerait six heures par jour (idéalement 3 heures le matin et 3 heures l'après-midi) à son activité lucrative en travaillant à 75%, ainsi qu'elle l'a déclaré lors de l'enquête économique sur le ménage. Dès lors, la part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 395 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). Partant, en l'espèce, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels ont à juste titre été fixées à 75% et à 25% par l'intimé dans la décision entreprise. Il est constant que la recourante a présenté une capacité de travail de 50% dans l'ancienne activité de nettoyeuse entre mars 2006 et avril 2008 (cf. supra consid. 6 et 7). Dès lors que la part de l'activité lucrative est de 75% par rapport à celle consacrée aux travaux habituels dans le ménage et étant donné que l'on peut raisonnablement attendre de la recourante qu'elle exerce à 50% l'activité de nettoyeuse, celle-ci présente une incapacité de gain de 33,33% $([75 - 50] \times 100 : 75)$ dans l'activité lucrative (comparaison en pour-cent; ATF 114 V 313 consid. 3a et les références ; cf. ATF non publié du 15 décembre 2006, I 930/05). Ce procédé n'est pas critiquable dans

la mesure où l'exercice de l'ancienne activité était toujours exigible. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage au sens de l'art. 5 LAI, l'administration procède, conformément à l'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est donc pas propre à l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont dès lors plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement dans l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). En l'espèce, force est de constater que le rapport d'expertise du 13 novembre 2007 ne mentionne pas d'empêchement significatif dans l'exécution des tâches ménagères. L'expert rapporte notamment que l'assurée occupait ses journées à ses tâches ménagères quand elle n'était pas trop fatiguée ou algique, recevant l'aide de son époux (expertise, p. 4). Elle se plaignait de ne pas pouvoir assumer correctement et suffisamment rapidement son travail à la maison à cause des douleurs et d'un manque de motivation pour entamer ses tâches quotidiennes (expertise, p. 5). L'expert observait que l'assurée recevait l'aide de son époux pour les tâches ménagères à domicile, mais qu'elle les exécutait tout de même. Quant à l'enquête ménagère, les résultats sont les suivants: Travaux Pondération Empêchement Invalidité 6.1 Conduite du ménage 5% 0% 0% 6.2 Alimentation 35% 25% 8.75% 6.3 Entretien du logement 20% 40% 8% 6.4 Emplettes 10% 0% 0% 6.5 Lessive et entretien vêtements 14% 20% 2.8% 6.6 Soins enfants etc. 10% 0% 0% 6.7 Divers 6% 10% 0.6% Total 100% 20.15% La recourante conteste les conclusions de l'enquête ménagère et fait valoir qu'elle présente un empêchement d'au moins 54.85% dans son activité ménagère. Le Tribunal observe que cette appréciation est manifestement infondée dès lors que ce taux s'avère supérieur à celui retenu par l'expertise psychiatrique dans l'activité professionnelle de nettoyeuse, dont les exigences sont nettement plus importantes. En effet, une activité de nettoyeuse professionnelle ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial, dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à

l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03). En effet, l'assurée peut exercer les activités ménagères à son rythme, et avec l'aide des autres membres de la famille, ce qui peut être exigé d'eux compte tenu de l'obligation de réduire le dommage. Ainsi, les courses sont faites avec le mari qui l'aide aussi à passer l'aspirateur et à accomplir certains travaux lourds. Les enfants s'occupent de leur propre chambre. S'agissant notamment de la préparation des repas, l'assurée a déclaré qu'avant de tomber malade, elle cuisinait de bons plats midi et soir et qu'elle recevait des invités chaque week-end. Depuis qu'elle était malade, elle cuisinait des repas deux à trois fois par semaine à midi, et pour le reste elle préparait des repas congelés et pour le soir elle préparait de la soupe aux légumes. Les invitations ne se faisaient plus que les beaux jours, au jardin familial avec des grillades préparées par le mari et des salades. Selon elle, admettre une invalidité de 8,75% pour ce poste était donc arbitraire. En réalité, force est de constater que le fait de recourir à des aliments préparés ou de réduire le temps passé en cuisine est une adaptation tout à fait exigible de la part d'un assuré atteint dans sa santé. Partant, l'empêchement de 25% retenu par l'enquête dans ce poste évalué à 35% n'est pas critiquable. Il y a dès lors lieu de se fonder sur un degré d'empêchement de 20,15% dans la sphère ménagère, tel que retenu par l'enquête économique, au vu également des constatations contenues dans l'expertise psychiatrique. La part consacrée aux travaux habituels dans le ménage étant de 25%, le taux d'invalidité global de la recourante, entre mars 2006 et avril 2008, est de 30% ($[33.3\% \times 0,75] + [20.15 \times 0,25] = 30,01\%$, ce résultat étant arrondi au pour cent inférieur [ATF 130 V 122 s. consid. 3.2; SVR 2004 UV Nr. 12 p. 44]). Il s'ensuit que la recourante n'a pas droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, dans la mesure où, à partir du 7 avril 2008, la recourante ne présente plus aucun empêchement médical à l'exercice à plein temps de son ancienne activité, l'octroi d'éventuelles mesures professionnelles n'entre pas en ligne de compte. Cela étant, le recours sera rejeté. Dans la mesure où la recourante succombe, l'émolument de justice, fixé au montant minimal légal de 200 fr., sera mis à sa charge (l'art. 69 al. 1bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER La secrétaire-juriste : Verena PEDRAZZINI RIZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.