

GE_GERICHTE A/274/2008 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_274_2008

FR: GE_GERICHTE A/274/2008 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE A/274/2008 del 28 maggio 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.06.2009
A/274/2008

A/274/2008 ATAS/665/2009 du 10.06.2009 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/274/2008
ATAS/665/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 3 du 28 mai 2009 En la cause Madame F _____, domiciliée à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BRATSCHI Gilbert recourante
contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97,
GENEVE intimé EN FAIT Madame F _____, née en 1962, originaire du Kosovo,
mariée et mère de cinq enfants, a déposé en date du 3 décembre 2004 une demande de
prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI). Du
questionnaire rempli par son dernier employeur, il ressort que l'assurée a travaillé depuis
janvier 2003 en tant que nettoyeuse, à raison de deux heures par jour, cinq jours par
semaine, pour un salaire horaire de 17 fr. 35 (+ 8,33 %). Son médecin-traitant, le Dr
L _____, spécialiste FMH en médecine générale, a indiqué que sa patiente souffrait de
céphalées chroniques et d'un trouble psychiatrique non déterminé. Il a mentionné une
asthénie majeure, voire une apathie, et l'impossibilité de sa patiente à assumer les
responsabilités de mère de famille. Il a expliqué que l'examen clinique somatique était
normal et a préconisé une expertise psychiatrique. Le médecin a indiqué que l'activité
exercée jusqu'alors était encore exigible (cf. rapport du 27 janvier 2005). Le
Dr M _____, chef de clinique au Département de psychiatrie des Hôpitaux
Universitaires de Genève (HUG), a expliqué quant à lui que l'assurée souffrait d'un trouble
dépressif récurrent épisode actuel moyen sans symptôme psychotique depuis 1999, date à
laquelle son neveu était décédé. Il a indiqué que depuis 2003, l'assurée travaillait deux
heures par jour. Le 22 juin 1999, l'assurée avait débuté un suivi ambulatoire psychiatrique
interrompu le 25 juin 2003. Elle avait été mise au bénéfice de plusieurs antidépresseurs.
Elle était désormais suivie par son médecin traitant (cf. rapport du 30 mars 2005). Un
examen bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique a été effectué par deux médecins
du SMR, le Dr N _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la
Dresse O _____, psychiatre, qui ont rendu leur rapport en date du 4 décembre 2006
(pièce 27 OCAI). Les médecins ont retenu des rachialgies diffuses à prédominance
cervico-dorsale avec céphalées dans le cadre de troubles statiques du rachis et d'un status
après spondylodèse C5-C6 pour hernie discale en 1999. Ils ont également mentionné, en
précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif
réactionnel actuellement en rémission. Il a été relevé que depuis 2003, l'assurée n'avait
jamais été absente à son poste de travail. Les médecins ont estimé qu'il n'y a ni dépression
chronique, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni
trouble de la personnalité morbide, ni syndrome douloureux somatoforme, ni perturbation

sévère de l'environnement psychosocial, ni limitation fonctionnelle psychiatrique invalidante. Ils ont relevé qu'aucun rapport médical permettant de conclure à l'existence d'un état dépressif sévère ne figurait au dossier. La symptomatologie dépressive, d'intensité fluctuante, de moyenne à légère, et actuellement en rémission, ne justifiait pas, selon eux, de diminution de la capacité de travail. D'autant que l'assurée travaillait toujours et qu'aucun certificat d'incapacité de travail n'avait été délivré. En l'absence d'un véritable sentiment de détresse, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant n'a pas été retenu. En effet, l'assurée présente une amplification verbale des plaintes somatiques, sans aucun signe de souffrance objectivable et sans attirer l'empathie. Elle consulte seulement une fois par mois son médecin-traitant, ne bénéficie d'aucune prise en charge rhumatologique et ne présente pas une perturbation sévère du fonctionnement social. Par ailleurs, les cervicalgies ont une explication organique. Ont été retenus simplement à titre de limitations fonctionnelles : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 10 kg, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, la position tête penchée en avant et les mouvements répétitifs de la nuque. Aucune limitation fonctionnelle invalidante n'a été retenue sur le plan psychiatrique. En conclusion, les médecins ont évalué la capacité de travail à 50% dans l'activité de nettoyeuse, ainsi que celle de ménagère et à 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée en date du 14 juin 2007. Il a été précisé qu'elle avait eu lieu en présence du mari et de la fille de l'assurée, cette dernière ne parlant pas français. Le mari de l'assurée a expliqué que son épouse ne pouvait pas faire le ménage correctement, mais qu'elle arrivait malgré tout à travailler comme femme de ménage deux heures par jour car elle se « réservait pour son travail ». L'assurée a affirmé que sans handicap, elle aurait exercé une activité à plein temps pour des raisons financières. L'enquête ménagère a conclu à un degré d'empêchement de 15,75 %. Dans un courrier daté du 23 octobre 2007, le Dr P _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a brièvement indiqué avoir suivi la recourante à sa consultation de mars 2005 à septembre 2007. Il a ajouté que cette patiente avait déjà été suivie à la consultation des HUG et à Belle-Idée car elle présentait un trouble dépressif sévère et un syndrome douloureux somatoforme. Il a ajouté que « la patiente n'arrivait pas à entreprendre une activité ». Malgré le traitement médicamenteux et le suivi, l'amélioration est restée très peu significative (pièce 4 recourante). Par décision du 20 décembre 2007, l'OCAI a rejeté la demande de rente au motif que l'intéressée - qui devait être mise au bénéfice d'un statut mixte puisqu'elle travaillait à raison de 25%, les 75 % restants étant consacrés à son ménage - pourrait encore exercer à plein temps une activité adaptée. Considérant que l'assurée ne travaillait auparavant qu'à 25%, l'OCAI en a tiré la conclusion qu'il n'y avait donc pas d'invalidité dans la sphère professionnelle. Quant aux empêchements à accomplir les tâches habituelles du ménage, ils ont été quantifiés à 15,75% sur la base d'une enquête à domicile, étant rappelé qu'en vertu du principe de l'obligation de réduire le dommage, il était raisonnablement exigible des membres de la famille qu'ils participent aux tâches habituelles du ménage. Dès lors, le degré d'invalidité global a été évalué à 11,81 %. S'agissant du rapport du Dr P _____, l'OCAI a considéré qu'il se contentait d'indiquer que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif sévère et d'un syndrome douloureux entraînant une incapacité totale de travail, sans y joindre la moindre description ni de status, ni d'anamnèse, ni de détails concernant le traitement médicamenteux. Il en a tiré la conclusion que cet avis était insuffisant pour mettre en évidence une aggravation de

l'état de santé postérieure à l'examen du SMR effectué le 31 octobre 2006. De plus, l'OCAI a relevé que même s'il se rangeait à l'avis du Dr P _____ et considérait que l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer son activité de nettoyeuse, il n'en résulterait qu'un degré d'invalidité de 36,81%, toujours insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Par écriture du 29 janvier 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à la mise sur pied d'une expertise, au moins psychiatrique, pour établir un diagnostic et déterminer l'incidence de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail et dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Quant au fond, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente entière. La recourante reproche à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte des renseignements fournis par le Dr P _____ et de s'être contenté d'affirmer que l'épisode dépressif réactionnel était en rémission, sans fournir aucune explication précise à ce sujet. Elle fait remarquer que l'avis du Dr P _____, s'il est succinct, est en tous cas plus précis que celui du SMR Léman, et qu'il est par ailleurs corroboré par celui du Dr Q _____, également psychiatre FMH, qui, le 25 janvier 2008, a confirmé que sa capacité de travail était nulle en raison des troubles psychiques qu'elle présente. Elle conteste par ailleurs les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, menée le 19 juillet 2007. S'appuyant sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr L _____, l'assurée allègue que son état de santé s'est aggravé, ainsi que cela ressortait d'ailleurs du rapport adressé le 27 janvier 2005 à l'OCAI. La recourante allègue que ses atteintes sont essentiellement d'ordre psychiatrique et reproche à l'OCAI de ne pas avoir mené des investigations suffisantes sur ce plan. A l'appui de son recours, l'assurée a produit un bref rapport médical du Dr Q _____ dont il ressort qu'elle se plaint de douleurs dans tout le corps, de fatigue, d'irritabilité, de troubles du sommeil et d'humeur dépressive, qu'elle est sous antidépresseur et également sous somnifère au besoin. Le médecin émet l'avis que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans l'activité de nettoyeuse et se déclare incapable de se prononcer sur sa capacité à assumer les tâches ménagères. Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 19 mars 2008, a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'enquête économique, il relève que l'assurée n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause ses conclusions. Quant aux atteintes à sa santé et à leur répercussion sur sa capacité de travail, l'OCAI se réfère à l'avis de la Dresse R _____, médecin-conseil au SMR, du 12 mars 2008. Ce médecin indique que les arguments donnés par le psychiatre-traitant sont « très pauvres et ne permettent pas de retenir les critères diagnostiques ». La Dresse R _____ émet l'opinion que le rapport médical, très succinct, n'apporte pas d'élément nouveau, que l'anamnèse et le status sont très peu détaillés et insuffisants pour conclure que des éléments qui n'auraient pas été pris en compte dans l'examen clinique du SMR. Dans sa réplique du 15 mai 2008, la recourante a relevé que si l'opinion du médecin-traitant, vu les liens de confiance qui l'unissent à son patient, n'est pas préférable à celle d'un expert, ce principe connaît des limites, notamment lorsque, comme en l'espèce, l'OCAI n'a pas ordonné de véritable expertise médicale, mais s'est contenté de l'avis de son Service médical régional, d'autant plus que le rapport de ce service est manifestement erroné, n'est plus d'actualité et contredit par deux médecins psychiatres. Une audience s'est tenue en date du 14 août 2008, au cours de laquelle a été entendu le Dr Q _____. Ce dernier a confirmé les conclusions de son rapport du 25 janvier 2008 et les diagnostics retenus par son prédécesseur et lui-même, à savoir : trouble dépressif sévère et fibromyalgie. Le témoin a expliqué que sur le plan strictement psychique, l'assurée présente tout un ensemble de manifestations qui sont allées crescendo jusqu'à rendre nécessaire une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana en avril

2008. Le fonctionnement familial devenait en effet difficile. Depuis, son état s'est quelque peu amélioré. Il fluctue beaucoup dans le temps au gré du contexte familial, social et personnel. Le témoin a indiqué qu'il suit la recourante depuis le 19 avril 2005, date à laquelle elle présentait déjà ces troubles, dont il est probable qu'ils remontaient à quelques mois, sans qu'il puisse préciser quand ils sont apparus exactement. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le témoin a rencontré des difficultés à répondre. Il a relaté qu'elle exerçait encore son activité de nettoyeuse lorsqu'il a commencé à la suivre. Son état s'est cependant ensuite péjoré au point qu'elle n'a plus pu l'assumer. S'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, le témoin n'a pas pu non plus se déterminer, indiquant cependant qu'il avait toutes les raisons de croire ce qu'affirme la recourante et qu'il était vraisemblable qu'elle soit limitée à cet égard. Entendue en comparution personnelle, la recourante a déclaré avoir mis fin à son activité neuf mois plus tôt environ car elle ne pouvait plus l'assumer en raison de son asthme, de ses maux de dos et du fait qu'elle a dû subir plusieurs opérations. En outre, le stress et l'angoisse étaient devenus tels qu'elle en avait la gorge serrée. La recourante a expliqué avoir chuté à deux reprises, ce qui a entraîné une fracture des cervicales en 1999. Malgré une opération, les douleurs ont persisté depuis lors. Malgré la médication, elle rencontre beaucoup de difficultés à dormir en raison des douleurs et de sa nervosité. Par ailleurs, elle souffre de se retrouver dans une telle situation. Encore jeune, elle affirme qu'elle aimerait pouvoir travailler et ne pas dépendre de l'aide de ses proches. Ses enfants et son mari s'éloignent d'elle en raison de son état de santé. Ses cinq enfants vivent encore avec elle. Ce sont ses filles de 17 et 21 ans qui assument le ménage pour la plus grande part. Les trois autres enfants vont souvent manger à l'extérieur car elle a du mal à préparer les repas. La recourante affirme que son état s'est aggravé en 2007. Elle a encore essayé de travailler durant trois mois mais a dû renoncer. En date du 15 août 2008, le Q_____ a communiqué au Tribunal de céans le rapport de la Clinique genevoise de Montana du 28 mai 2008. Il en ressort que l'assurée y a séjourné du 29 avril au 13 mai 2008 et que le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère en rémission a été retenu. Ont également été mentionnés à titre de comorbidités un trouble somatoforme douloureux et une notion d'asthme. Par écriture du 29 août 2008, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle soutient que le rapport de la Clinique de Montana corrobore les renseignements fournis par les Drs P_____ et Q_____ et maintient qu'une expertise pluridisciplinaire à la fois rhumatologique et psychiatrique permettrait de mieux évaluer l'importance de son incapacité de travail, ainsi que dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Quant à l'OCAI, par écriture du 1^{er} septembre 2008, il a également persisté dans ses conclusions. Il reconnaît que l'assurée présente des aggravations ponctuelles et épisodiques de son syndrome douloureux, mais estime qu'elles n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de manière durable. Il se réfère à cet égard à l'avis de la Dresse R_____ du 28 août 2008. Cette dernière relève que le psychiatre-traitant a eu de la peine à préciser la capacité de travail de sa patiente, ainsi qu'à évaluer sa capacité à accomplir ses tâches ménagères. Elle fait valoir qu'il n'y a « aucun élément qui nous permette de nous prononcer de manière précise puisque le psychiatre-traitant mentionne pouvoir poser le diagnostic sur les manifestations présentées par l'assurée, mais ne les décrit pas, ce qui aurait été intéressant ». Elle constate qu'à la sortie de la Clinique de Montana, le trouble était en rémission, ce qui confirme l'évolution favorable mentionnée par le médecin traitant. La Dresse R_____ en tire la conclusion que l'assurée a présenté une aggravation de son syndrome douloureux, accompagnée d'une augmentation des symptômes dépressifs, mais que ceux-ci ont bien répondu à une

hospitalisation de quinze jours. Il ne s'agit dès lors pas d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, mais d'une humeur dépressive aggravée qui entre dans le cadre de symptômes dépressifs d'accompagnement au trouble douloureux et qui avait été retenue à l'époque comme un épisode dépressif réactionnel en rémission lors de l'examen pratiqué au SMR. 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'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 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). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, 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). 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). Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son statut et son degré d'invalidité. a) 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). Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des

revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 à 70 %. 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 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat

d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). En l'espèce, l'OCAI a considéré que la capacité de la recourante à continuer à assumer son travail de nettoyeuse deux heures par jour était conservée, raison pour laquelle il a conclu à un degré d'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle. La recourante conteste pouvoir continuer à travailler et reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment investigué ses problèmes psychiques. Cependant, force est de constater à la lecture des pièces médicales que seul le Dr P _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif épisode sévère. Cette affirmation, aucunement étayée, est en contradiction avec les conclusions du SMR. Elle n'est par ailleurs corroborée par aucun autre élément au dossier. Ainsi, le Dr L _____ parle de trouble psychiatrique non déterminé et les Drs M _____ et Q _____ de trouble dépressif récurrent épisode moyen. Quant au rapport de la Clinique de Montana, il parle même de rémission. Devant une telle divergence d'opinions, il eût sans doute été approprié de procéder à des investigations supplémentaires sur le plan psychique, d'autant que la Dresse R _____, du SMR, a reconnu être dans l'impossibilité de se prononcer de manière précise dans la mesure où les manifestations n'étaient pas suffisamment décrites par le psychiatre-traitant. Il ne se justifie cependant pas, dans le cas particulier, de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique, la question de la répercussion d'une atteinte éventuelle sur la capacité de travail de l'assurée pouvant rester ouverte. En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, même si l'on admet la totale incapacité de la recourante à exercer une activité lucrative, le degré d'invalidité global obtenu en définitive demeure insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité, ainsi que cela va être démontré ci-dessous. La recourante conteste également l'empêchement retenu dans la sphère ménagère. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation

médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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 (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3) En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère. En effet, aucun des médecins interrogés n'a pu se déterminer sur la capacité de l'assurée à s'occuper de son ménage. Par ailleurs, l'assurée n'a pas amené d'éléments objectifs permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. Il convient enfin de rappeler qu'il découle de l'obligation de réduire le dommage, de tenir compte de l'aide que peuvent apporter les proches à l'assurée. En conséquence, le Tribunal constate qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 15,75% retenu dans la sphère ménagère. a) Se pose à présent la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne active à 25%, ce que l'intéressée conteste, alléguant qu'elle aurait souhaité travailler à plein temps. b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. 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. 301ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et réf. citées). Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une. c) En l'espèce, il convient de relever que l'assurée, dans le questionnaire servant à déterminer son statut, a d'abord affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 25% en raison de ses obligations familiales (elle est en effet mère de cinq enfants). En présence de deux versions des faits différentes, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a considéré l'assurée comme active à 25% seulement. d) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 25 % seulement. Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante. Si l'on considère que l'assurée est totalement incapable, désormais, d'exercer une activité lucrative, l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation se déterminera à l'aide de la formule suivante : $E = \frac{\text{travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine)}}{\text{handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pourcent}}$ $IE = \frac{\text{durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine}}{\text{handicap rencontré dans le ménage en pour cent}}$. Le calcul à effectuer est donc le suivant : $[10 \times 100 + ([40 - 10] \times 15.75)] : 40 = 36.81\%$, taux insuffisant à ouvrir droit à une rente. Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté. **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 Yaël BENZ La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le