

GE_GERICHTE A/36/2023 vom 22. Dezember 2023

GE Cour de justice, 2023-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_36_2023

FR: GE_GERICHTE A/36/2023 du 22 décembre 2023

IT: GE_GERICHTE A/36/2023 del 22 dicembre 2023

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité (ci-après : AI), à moins que la loi n'y déroge expressément.

E. 3

Le 1^{er} janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Dans la mesure où le recours a été interjeté postérieurement au 1^{er} janvier 2021, il est soumis au nouveau droit (cf. art. 82 a LPGA a contrario).

E. 4

Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur. En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références). Dans les cas de révision selon l'art. 17 LPGA, conformément aux principes généraux du droit intertemporel (cf. ATF 144 V 210 consid. 4.3.1), il convient d'évaluer, selon la situation juridique en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021, si une modification déterminante est intervenue jusqu'à cette date. Si tel est le cas, les dispositions de la LAI et celles du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) dans leur version valable jusqu'au 31 décembre 2021 sont applicables. Si la modification déterminante est intervenue après cette date, les dispositions de la LAI et du RAI dans leur version en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2022 sont applicables. La date pertinente de la modification est déterminée par l'art. 88 a RAI (arrêts du Tribunal fédéral 8C_55/2023 du 11 juillet 2023 consid. 2.2 ; 8C_644/2022 du 8

février 2023 consid. 2.2.3). La réglementation légale concernant la révision et le réexamen de décisions ou de décisions sur opposition entrées en force (art. 53 LPGA) n'a pas été modifiée dans le cadre du développement de l'AI susmentionné, raison pour laquelle aucune question de droit intertemporel ne se pose à cet égard (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_644/2022 précité consid. 2.2.2). En l'occurrence, la décision litigieuse a été rendue après le 1^{er} janvier 2022. Toutefois, l'éventuelle modification de circonstances litigieuses invoquée par la recourante à l'appui de sa nouvelle demande est supposée remonter à avant cette date. Par conséquent, les dispositions applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

E. 5

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

E. 6

Le litige porte sur le bien-fondé de la décision de l'intimé du 17 novembre 2022 de rejeter la nouvelle demande de prestations de la recourante. En d'autres termes, il convient de vérifier si, comme le retient l'intimé, l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé au point de lui ouvrir droit à des prestations depuis la décision initiale du 23 octobre 2008.

E. 7

E. 7.1

Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA.

E. 7.2

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 7.3

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées

inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).!

E. 7.4

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force – en l'occurrence le 23 octobre 2008 et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse – du 17 novembre 2022. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).!

E. 8

Se pose en premier lieu la question du statut à accorder à l'assurée, celle-ci affirmant que, si sa santé le lui avait permis, elle aurait travaillé à plein temps, alors que l'intimé la considère comme non active. !

E. 8.1

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), 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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération 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 (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).!

E. 8.2

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 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; ATF 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 8.3

En l'espèce, l'intimé fonde sa position sur le fait que, depuis son arrivée en Suisse, en 2002, la recourante n'a jamais exercé la moindre activité lucrative. L'intéressée allègue pour sa part qu'en bonne santé, elle aurait exercé à plein l'activité d'auxiliaire de santé dans laquelle elle avait commencé à se former et que si elle n'a pas mené ses projets à bien, c'est en raison uniquement de l'accident survenu en mars 2004. S'agissant de la période antérieure, elle fait remarquer que son statut ne lui permettait pas de travailler en Suisse. Il est vrai que lors de l'enquête ménagère et à plusieurs de ses médecins, la recourante a affirmé la même chose. Cela étant, il n'en demeure pas moins qu'en 2008, l'OAI a constaté qu'elle disposait d'une capacité de travail pleine et entière et que jamais, depuis l'accident, l'assurée n'a tenté de reprendre la moindre formation ou activité, alors même qu'une expertise était parvenue à la conclusion qu'il n'y avait aucune atteinte à la santé invalidante. Dans ces conditions, ses déclarations ne peuvent être considérées que comme de simples déclarations d'intention, non suivies d'actes concrets et donc non crédibles. C'est dès lors à juste titre que l'intimé lui a reconnu un statut de ménagère, d'autant que la situation du couple ne paraît pas obérée sur le plan financier. On rappellera encore à cet égard que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, l'intimé ne lui a pas, par le passé reconnu un statut d'active. Et quand bien même, cela n'augurerait en rien de la décision finale de l'intimé, étant rappelé que la question du statut à reconnaître à un assuré s'examine tant lors de l'examen initial du droit aux prestations qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci. Ce grief doit donc être écarté. Le statut de l'assurée est bel et bien celui d'une personne inactive.

E. 9

E. 9.1

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 1^{er} janvier 2008).

E. 9.2

L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).!

E. 9.3

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).! L'évaluation de l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels nécessite l'établissement d'une liste des activités que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération. En vertu du principe général de l'obligation de diminuer le dommage, l'assuré qui n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable.

E. 9.4

Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne 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 des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 140 V 543 consid. 3.2.1 et ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 publié dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_625/2017 du 26 mars 2018 consid. 6.2 et arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007).!

E. 9.5

Il existe dans l'assurance-invalidité – ainsi que dans les autres assurances sociales – un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 et les références ; 140 V 267 consid. 5.2.1 et les références). Dans le cas d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers à cause de son handicap, le principe évoqué se concrétise notamment par l'obligation d'organiser son travail et de solliciter l'aide des membres de la famille dans une

mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. L'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération dans l'évaluation de l'invalidité de l'assuré au foyer va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé. Il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. L'aide exigible de tiers ne doit cependant pas devenir excessive ou disproportionnée (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.1 et les références).>[if> Toutefois, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement (ATF 141 V 642 consid. 4.3.2 ; 133 V 504 consid. 4.2). Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Ce qui est déterminant, c'est le point de savoir comment se comporterait une cellule familiale raisonnable, soumise à la même réalité sociale, si elle ne pouvait pas s'attendre à recevoir des prestations d'assurance. Dans le cadre de son obligation de réduire le dommage (art. 7 al. 1 LAI), la personne qui requiert des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent se laisser opposer le fait que des tiers – par exemple son conjoint [art. 159 al. 2 et 3 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (CC - RS 210)] ou ses enfants (art. 272 CC) – sont censés remplir les devoirs qui leur incombent en vertu du droit de la famille (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3.2 et les références). Le Tribunal fédéral a récemment confirmé qu'il n'y a pas de motif de revenir sur le principe de l'obligation de diminuer le dommage tel que dégagé par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_248/2022 du 25 avril 2023 consid. 5.3 et les références).

E. 9.6

Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).>[if>

E. 9.7

En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent

difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C_657/2021 du 22 novembre 2022 consid. 5.1 et la référence).!

E. 10

!

E. 10.1

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'AI, 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 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).!

E. 10.2

La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, telle la classification internationale des maladies (ci-après : CIM) ou le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual) (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; ATF 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3 et 6).!

E. 10.3

Dans l'ATF 141 V 281 , le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. Il a notamment abandonné la présomption selon laquelle les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 141 V 281 consid. 3.4 et 3.5) et introduit un nouveau schéma d'évaluation au moyen d'un catalogue d'indicateurs (ATF 141 V 281 consid. 4). Le Tribunal fédéral a ensuite étendu ce nouveau schéma d'évaluation aux autres affections psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6 et 7 et les références). Aussi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs, au nombre desquels figurent notamment les limitations fonctionnelles et les ressources de la personne assurée, de même que le critère de la résistance du trouble psychique à un traitement conduit dans les règles de l'art (ATF 143 V 409 consid. 4.4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2019 du 17 mars 2020 consid. 3 et les références).!

E. 10.4

Le Tribunal fédéral a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49 , aux termes desquels il y a lieu de conclure 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, et ce même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2).!

E. 10.5

L'organe chargé de l'application du droit doit, avant de procéder à l'examen des indicateurs, analyser si les troubles psychiques dûment diagnostiqués conduisent à la constatation d'une atteinte à la santé importante et pertinente en droit de l'AI, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie (cf. ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_756/2018 du 17 avril 2019 5.2.2 et la référence).!

E. 10.6

Pour des motifs de proportionnalité, on peut renoncer à une appréciation selon la grille d'évaluation normative et structurée si elle n'est pas nécessaire ou si elle est inappropriée. Il en va ainsi notamment lorsqu'il n'existe aucun indice en faveur d'une incapacité de travail durable ou lorsque l'incapacité de travail est niée sous l'angle psychique sur la base d'un rapport probant établi par un médecin spécialisé et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (arrêts du Tribunal fédéral 9C_101/2019 du 12 juillet 2019 consid. 4.3 et la référence ; 9C_724/2018 du 11 juillet 2019 consid. 7). En l'absence d'un diagnostic psychiatrique, une telle appréciation n'a pas non plus à être effectuée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_176/2018 du 16 août 2018 consid. 3.2.2).!

E. 10.7

Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). !

Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3),!

A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1)!

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) !

C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3)!

- Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) !

Limitation uniforme du niveau

d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2).

E. 11

!

E. 11.1

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

E. 11.2

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 11.3

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références ; ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le fait qu'une expertise psychiatrique n'a pas été établie selon les nouveaux standards – ou n'en suit pas exactement la structure – ne suffit cependant pas pour lui dénier d'emblée toute valeur probante. En pareille hypothèse, il convient bien plutôt de se demander si, dans le cadre d'un examen global, et en tenant compte des spécificités du cas d'espèce et des griefs soulevés, le fait de se fonder définitivement sur les éléments de preuve existants est conforme au droit fédéral. Il y a lieu

d'examiner dans chaque cas si les expertises administratives et/ou les expertises judiciaires recueillies – le cas échéant en les mettant en relation avec d'autres rapports médicaux – permettent ou non une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants. Selon l'étendue de l'instruction déjà mise en oeuvre, il peut s'avérer suffisant de requérir un complément d'instruction sur certains points précis (ATF 141 V 281 consid. 8 ; ATF 137 V 210 consid. 6 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C_808/2019 du 18 août 2020 consid. 5.2. et 9C_109/2018 du 15 juin 2018 consid. 5.1). Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). 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/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 12

!

E. 12.1

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 12.2

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

certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101 ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d). ![/endif]>![if>

E. 12.3

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise s'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).![/endif]>![if>

E. 13

![/endif]>![if>

E. 13.1

En l'espèce, l'intimé, suivant en cela l'avis des experts et les conclusions de l'enquête ménagère considère que l'état de santé de l'assurée ne l'empêche d'assumer ses tâches habituelles qu'à hauteur de 29.60% compte tenu d'une aide exigible de son mari et de son fils qui partagent son logement.![/endif]>![if>

E. 13.2

La recourante le conteste. Elle critique les conclusions tant de l'expertise que de l'enquête ménagère et l'aide exigible retenue pour ses proches et considère que c'est un quart de rente au moins qui devrait lui être alloué. ![/endif]>![if>

E. 13.3

Il convient tout d'abord de rappeler quel était l'état de santé de la recourante en 2008, date à laquelle a été rendue la décision initiale de refus de prestation. ![/endif]>![if> À l'époque, les diagnostics étaient sensiblement les mêmes : des troubles dégénératifs, d'une part, et un syndrome douloureux somatoforme, d'autre part. Les experts de la CRR avaient alors conclu à la présence de lombalgies et de cervicalgies liées à des atteintes dégénératives rachidiennes lombaires et cervicales, responsables de limitations fonctionnelles, mais

n'interdisant pas l'exercice, à plein temps, d'une activité adaptée. Sur le plan psychiatrique, chez cette assurée décrite comme extrêmement plaintive, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant a été retenu, mais sans incidence sur la capacité de travail. Avaient alors déjà été relevés de nombreux signes de non-organicité et des traits de personnalité histrioniques. Les troubles psychiques ont été qualifiés de non invalidants. Au terme de la nouvelle expertise effectuée à la demande de la Cour de céans, les experts de la CRR sont parvenus, en substance, aux mêmes conclusions. Les diagnostics suivants ont été retenus : troubles dégénératifs rachidiens avec discopathies cervicales et lombaires, hernie discale C5-C6 paramédiane gauche et canal étroit léger en L4-L5 sans répercussion radiculaire. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : un syndrome douloureux somatoforme persistant, un syndrome de dépendance aux psychotropes (benzodiazépines) et un trouble dissociatif mixte probable. Cette nouvelle expertise a donc abouti à un constat similaire à celui de l'expertise antérieure : sur le plan somatique, les diagnostics sont restés inchangés et les limitations fonctionnelles (nécessité de varier les positions, absence de travail lourd ou de port de charges supérieures à 5kg), déjà retenues en 2008, restent les mêmes. La question de l'authenticité de l'atteinte du champ visuel, comme celle d'une atteinte neuropsychologique, n'ont pu être confirmées, ce que les experts n'ont pas trouvé surprenant, en l'absence de traumatisme crânien dûment documenté. L'aggravation d'une dépression n'a pas non plus été confirmée. Sur le plan psychiatrique, aucun diagnostic incapacitant n'a été retenu. La recourante reproche à l'expertise de tenir compte d'une incohérence dont elle estime qu'elle fait partie de son problème de santé, à savoir le trouble somatoforme douloureux persistant. Elle soutient qu'elle ne dispose pas de ressources suffisantes. Elle reproche à l'expert d'avoir écarté le diagnostic d'épisode dépressif sans véritablement expliquer pour quelles raisons. Enfin, elle considère que l'indicateur relatif à la résistance aux traitements est rempli, puisqu'elle prend du Cymbalta depuis des années, sans bénéfice majeur. La recourante contestant les conclusions des experts, il convient d'examiner quelle valeur probante doit leur être accordée. Sur le plan formel, on relèvera que le rapport d'expertise remplit tous les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Quant à son contenu, il en va de même, comme cela ressort de ce qui suit. En effet, les experts, contrairement à ce qu'allègue la recourante, ont expliqué de manière convaincante et détaillée les conclusions retenues. En l'absence évidente d'aggravation sur le plan somatique, les experts ont expliqué s'être focalisés plus particulièrement sur les aspects ophtalmologiques, neuropsychologiques et psychiatriques. Ils expliquent avoir trouvé une assurée très semblable à la description faite dans les rapports de 2008 : elle fait son âge, mais est déconditionnée et se comporte en invalide. Les experts soulignent avoir tous été frappés par son caractère plaintif, démonstratif, sa collaboration médiocre, ses réponses laconiques aux questions et une attitude parasitant les examens cliniques, en particulier neurologiques. Les plaintes mises en avant pour expliquer l'incapacité à la moindre tâche, y compris à son domicile, restent principalement les lombalgies et les cervicalgies. S'y associent aussi une intolérance à la lumière, des troubles de l'équilibre et des nuchalgies. Toutes ces plaintes sont reliées par l'assurée à sa chute, en 2004. Cependant, une IRM cérébrale pratiquée en octobre 2004 n'a révélé aucune particularité. Les experts soulignent que rien n'indique qu'il y ait réellement eu traumatisme du crâne. La prise en charge psychiatrique immédiate de l'assurée (deux jours plus tard), indique qu'elle n'a pas été prise en charge par les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), comme le serait une victime d'un traumatisme crânien authentique. Dès lors, les experts s'expliquent mal quel traumatisme

pourrait avoir eu de telles conséquences ophtalmologiques et neuropsychologiques. Sur le plan neurologique, l'imagerie a confirmé à plusieurs reprises l'existence de troubles dégénératifs et la présence d'une hernie discale, mais aucune anomalie centrale n'a jamais été mise en évidence. L'examen clinique neurologique est normal.

L'électroneuromyogramme (ENMG) n'a mis en évidence aucun signe de dénervation au niveau cervical ou lombaire. Comme l'a dit le docteur ROSSI, orthopédiste, en septembre 2014, la situation est restée strictement inchangée. Les cervicalgies et lombosciatalgies sont susceptibles d'entraîner quelques limitations fonctionnelles, mais permettent, dans une activité les respectant, une capacité de travail entière. Sur le plan neuropsychologique, l'hypothèse d'un déficit à l'origine des difficultés d'examen du champ visuel a été évoquée, mais il est impossible d'en définir la mesure exacte. Les performances sont effondrées dans tous les domaines. Ces performances ne sont pas valides en fonction des incohérences à la fois intra-test et inter-test et entre le comportement et les performances mesurées (les réponses de l'assurée ont parfois même été erronées au-delà de celles que produirait le hasard). L'expertise ophtalmologique s'accorde avec les conclusions de la précédente. Les plaintes sont dues pour une large part à l'œil sec, dont le traitement médical est adéquat. L'hypermétropie et un astigmatisme fort, ainsi qu'une presbytie sont confirmés, mais l'assurée ne porte pas de verres correcteurs parce qu'elle les a cassés. Elle ne porte que des lunettes teintées en raison de sa photophobie. Le champ visuel est, en apparence, diminué de manière concentrique et l'acuité visuelle abaissée, depuis les années 2007 et non depuis l'accident. L'examen objectif des yeux, des cornées, des cristallins et des fonds d'œil ne permet pas d'expliquer ces faits. La perturbation du champ visuel qui aurait été causée par une chute ne serait pas de la nature de celle « observée ». En d'autres termes, l'expertise ophtalmologique n'a permis de trouver aucun substrat somatique. Sur le plan psychiatrique, la collaboration de l'assurée s'est une fois encore révélée aléatoire : recueillir l'anamnèse a été laborieux en raison des réponses laconiques. L'assurée ne décrit pas de collaboration aux tâches ménagères, mais effectue des promenades régulières, au moins quotidiennes. Son cercle relationnel est certes réduit à sa famille, mais elle bénéficie du soutien de sa sœur, de ses enfants et de son mari qui l'accompagnent dans ses promenades, le matin comme l'après-midi. Les experts neuropsychologue et psychiatre n'ont observé aucune altération significative des fonctions supérieures, bien que le comportement de l'assurée puisse donner le change. Ils ont souligné que l'hypothèse d'un syndrome de stress post-traumatique n'est pas compatible avec les circonstances mêmes de l'accident, qui ne peut en aucun cas être considéré « exceptionnellement menaçant ou catastrophique ». D'ailleurs, ils n'ont relevé aucun phénomène intrusif de reviviscences ou de cauchemars caractéristiques d'un tel syndrome. Les signes d'une dépression, s'ils ont pu être présents, ne sont pas suffisants pour retenir un état dépressif constitué. À cet égard, les experts ont expliqué que l'assurée est perçue comme euthymique. Aucun des critères pour qualifier un épisode dépressif n'a pu être retenu. Les plaintes somatiques multiples – dont seules les lombalgies et les cervicalgies peuvent correspondre à un substrat organique – les ont à nouveau conduits à retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme. Les experts ont reconnu que l'examen des indicateurs selon la jurisprudence était difficile, mais souligné que c'était en raison du manque de collaboration de l'assurée. Des incohérences ont été perçues à l'examen clinique, entre les plaintes et l'observation de la gestuelle de l'assurée. Si la présence des limitations fonctionnelles est décrite dans la vie quotidienne, il est difficile de la confirmer par le simple recueil de l'anamnèse. Elle n'empêche pas l'assurée d'effectuer des promenades quotidiennes ou biquotidiennes. Cela n'est pas

cohérent avec la présentation de l'assurée lors des examens. Les réponses négatives à certains tests de l'examen neuropsychologique l'ont été au-delà du hasard. L'assurée a aussi déclaré avoir débuté un suivi chez un nouveau psychiatre traitant, qui l'a démentie en expliquant que ce suivi n'était que prévu. Ce sont tous ces éléments qui ont poussé les experts à retenir les facteurs d'exclusion plutôt que les facteurs de gravité. À cet égard, on constatera que les phénomènes de majoration évidente des symptômes relevés par les experts l'avaient déjà été par leurs collègues de la CRR en 2008, ce qui corrobore leurs constatations. L'expert psychiatre a expressément indiqué que s'il ne retenait pas de signes de sévérité suffisants pour conclure à un état dépressif constitué, c'est parce que les symptômes annoncés étaient étroitement liés au vécu des douleurs. Celles-ci ne trouvant pas d'explications suffisantes dans une étiologie somatique, il privilégiait le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, dont il qualifiait le degré de sévérité de modeste et comparable à celui déjà observé et décrit par le passé. Les mêmes phénomènes sont d'ailleurs rapportés par tous les experts, en particulier le neuropsychologue, qui a décrit l'assurée comme plaintive, avec une collaboration passive et médiocre. Ce praticien, s'il a noté des performances cognitives globalement effondrées dans tous les domaines investigués, a souligné que ce profil cognitif ne pouvait être considéré comme valide, car grevé de nombreuses incohérences entre les tests, à l'intérieur des tests, entre le comportement et les performances mesurées, et entre l'absence d'atteintes neurologiques et les résultats effondrés. Ainsi a-t-il relevé : - des temps de réaction très ralentis en l'absence de ralentissement lors de l'entretien ; - des tests de reconnaissance en choix forcé en mémoire généralement réussis facilement chez les sujets contrôles sans atteintes cérébrales ou très peu altérés chez les patients cérébro-lésés donnant lieu, chez l'assurée, à des performances au niveau du hasard, voire en-dessous du niveau du hasard ; - des erreurs à l'écriture atypique et corrigées sur incitation ; - la reproduction immédiate de séries automatiques ne requérant pas d'activités cognitives élaborées qui échouent ; - des performances abaissées dans le domaine practo-gnosique atypique en l'absence d'atteintes neurologiques et ne pouvant être expliquées par une éventuelle humeur abaissée ; - un profil effondré sur le plan exécutif incompatible avec le comportement lors de l'entretien et le discours, bien structuré. Pour toutes ces raisons, il lui était impossible de retenir des limitations fonctionnelles sur le plan neuropsychologique : les performances mesurées reflétaient un manque d'efforts dans les tâches et non le réel potentiel cognitif de l'assurée. C'est le lieu de rappeler que le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'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 et ce, même si les caractéristiques d'un trouble au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de 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 psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 et 2.2.2 ; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_16/2016 du 14 juin 2016 consid. 3.2). En l'état, force est de constater que l'on ne saurait ainsi retenir l'existence d'une atteinte à la santé importante et pertinente, c'est-à-dire qui résiste aux motifs dits d'exclusion tels qu'une exagération ou d'autres

manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie au sens de la jurisprudence. Les conclusions des experts doivent se voir reconnaître pleine valeur probante et les griefs formulés par la recourante sont donc écartés.

E. 13.4

Reste à examiner, s'agissant d'une assurée inactive, les conclusions et la force probante de l'enquête sur le ménage. En premier lieu, la recourante, rappelant qu'en matière de troubles psychiques, les observations médicales l'emportent sur l'enquête à domicile, soutient que, puisque l'expert ne s'est pas déterminé sur les limitations dans la sphère ménagère, le rapport d'enquête ménagère serait clairement faussé. C'est faire fi du fait que les experts ont clairement écarté tout caractère invalidant aux atteintes psychiques de la recourante. Dès lors, il n'est pas déterminant qu'ils ne se soient pas prononcés précisément sur les empêchements rencontrés dans le ménage. En second lieu, s'agissant de l'enquête, la recourante conteste avant tout le pourcentage d'aide exigible retenu s'agissant de ses proches, plus particulièrement son fils adulte et son mari. Ce taux a été fixé à 26.60%. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré selon les critères posés par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) 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). Tel est le cas en l'occurrence, contrairement à l'arrêt auquel se réfère la recourante (9C 183/2008 du 18 mars 2009) et dont elle ne peut dès lors tirer argument en sa faveur). Tous les postes ont été examinés et décrits par l'enquêtrice attentivement s'agissant de l'assurée. Quant à l'aide attendue de ses proches, comme rappelé supra, il existe en matière d'assurances sociales un principe général selon lequel l'assuré qui demande des prestations doit d'abord entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer les conséquences de son invalidité. Cela se traduit, s'agissant d'une personne rencontrant des difficultés à accomplir ses travaux ménagers, par l'obligation d'organiser son travail, mais aussi de solliciter l'aide des membres de la famille dans une mesure convenable. Un empêchement dû à l'invalidité ne peut être admis chez les personnes qui consacrent leur temps aux activités ménagères que dans la mesure où les tâches qui ne peuvent plus être accomplies sont exécutées par des tiers contre rémunération ou par des proches qui encourent de ce fait une perte de gain démontrée ou subissent une charge excessive. Tel n'est pas le cas en l'occurrence étant rappelé que l'aide apportée par les membres de la famille à prendre en considération va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé et qu'il s'agit en particulier de se demander comment se comporterait une famille raisonnable, si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée. La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. En l'occurrence, attendre une aide inférieure à un tiers de deux adultes – auxquels se sont ajoutées deux adolescentes depuis juin 2015 -, même si ceux-ci exercent un travail à plein temps, ne paraît ni excessif ni disproportionné. Dans de nombreux foyers, tous les membres

adultes exercent une activité à temps plein sans pour autant déléguer la tenue du ménage à des tiers. Qui plus est, contrairement à ce que soutient la recourante et comme rappelé supra, la jurisprudence ne répercute pas sur un membre de la famille l'accomplissement de certaines activités ménagères, avec la conséquence qu'il faudrait se demander pour chaque empêchement si cette personne entre effectivement en ligne de compte pour l'exécuter en remplacement. Au contraire, la possibilité pour la personne assurée d'obtenir concrètement de l'aide de la part d'un tiers n'est pas décisive dans le cadre de l'évaluation de son obligation de réduire le dommage. Il résulte des considérations qui précèdent que les griefs de la recourante envers l'enquête ménagère sont infondés. C'est donc à juste titre que l'intimé, se fondant sur les résultats de ladite enquête, lui a nié le droit à toute prestation faute d'empêchement suffisant.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).
PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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