

## GE\_GERICHTE A/3960/2015 vom 17. November 2016

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3960\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3960_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/3960/2015 du 17 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/3960/2015 del 17 novembre 2016

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.11.2016 A/3960/2015

A/3960/2015 ATAS/964/2016 du 17.11.2016 ( AI ), REJETE En fait En droit république et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/3960/2015 ATAS/964/2016 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 novembre 2016 3<sup>ème</sup> Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CAROUGE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Élodie SKOULIKAS recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1969, de nationalité colombienne, a exercé la profession de nettoyeuse pour la société B\_\_\_\_\_SA (ci-après : B\_\_\_\_\_), l'école de danse C\_\_\_\_\_ (ci-après : l'école de danse) et des particuliers. [endif]>[if> 2. L'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée (pce 34 OAI) fait état des salaires suivants réalisés auprès de B\_\_\_\_\_ : CHF 6'093.- en 2007, CHF 9'215.- en 2008, CHF 8'968.- en 2009 et CHF 11'397.- en 2010.-. Par ailleurs, l'assurée a réalisé auprès de particuliers un revenu de CHF 3'895.- en 2008 (1'197.- + 2'698.-), de CHF 7'794.- en 2009 (2'791.- + 5'003.-) et de CHF 8'057.- en 2010 (2'627.- + 5'430.-). Pour l'école de danse C\_\_\_\_\_, elle a gagné CHF 10'197.- de juin à décembre 2010 et CHF 13'954.- de janvier à septembre 2011.[endif]>[if> 3. B\_\_\_\_\_ a employé l'assurée à temps partiel de mai 2007 à avril 2012, à raison de 10 h./sem. (cf. certificat de travail du 7 mai 2012). [endif]>[if> 4. En février 2012, l'assurée a été signalée par son assureur perte de gain à l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) pour une détection précoce, en raison d'une dépression et de douleurs à la hanche gauche. [endif]>[if> 5. Reçue en entretien par un collaborateur de l'OAI en date du 20 février 2012, l'assurée a expliqué souffrir de douleurs à la hanche gauche depuis environ dix-huit mois et rencontrer en conséquence des difficultés à marcher et à conserver les positions statiques debout ou assise. Elle a indiqué être handicapée dans l'exercice de son activité par le port de charges, les escaliers et les mouvements répétitifs. Elle a également mentionné une dépression suite à son divorce, intervenu une année auparavant. [endif]>[if> 6. Le 29 juin 2012, l'assurée a déposé une demande formelle de prestations.[endif]>[if> 7. L'instruction a permis à l'OAI de recueillir notamment les éléments suivants : [endif]>[if> - une imagerie par résonance magnétique (IRM) lombaire pratiquée le 21 janvier 2010 a conclu à une très discrète spondylarthrose débutante, à un bon alignement des corps vertébraux, à l'absence de critères pour un canal rachidien rétréci, d'anomalies de signal des structures osseuses examinées ou encore d'anomalies notables au niveau des lombaires, en dehors d'une discopathie D11-D12 sans protrusion discale associée, à une très bonne aisance du fourreau dural et à une parfaite vacuité des trous de conjugaison ; [endif]>[if> - un examen radiologique de la hanche et de la cuisse gauches du 13 janvier 2012 a conclu à l'absence d'altérations

objectivables au niveau des plans sous-cutané et musculaire de la région de la hanche gauche et au niveau des tendons du petit et du moyen fessier ; l'examineur a également exclu tout signe de bursite trochantérienne ;

le 30 mars 2012, le docteur D \_\_\_\_\_, médecin-traitant, a indiqué que sa patiente souffrait d'un état dépressif qualifié de moyen, n'ayant que peu réagi aux traitements habituels ; le médecin a précisé que cet état était d'origine multifactorielle (décès d'un proche, séparation, douleurs physiques et perte de travail) et que sa patiente était suivie sur ce plan par le docteur E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie; sur le plan somatique, l'assurée se plaignait de douleurs multiples, localisées au niveau de la hanche gauche et de la cuisse ; de nombreux examens, infiltrations et séances de physiothérapie étaient restés sans résultat ; selon le médecin, les douleurs empêchaient l'assurée d'exercer son activité habituelle, trop lourde pour elle ; sur ce point, il renvoyait à l'avis du rhumatologue traitant ;

dans un bref certificat du 20 avril 2012, le Dr E \_\_\_\_\_, psychiatre traitant, a attesté d'une totale incapacité de travail de sa patiente ;

le 30 avril 2012, la doctoresse F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, a confirmé suivre l'assurée depuis avril 2010 pour une périarthrite de la hanche gauche survenue suite à une chute dans les escaliers, le 20 avril 2010 ; les douleurs avaient persisté malgré un traitement classique comprenant deux infiltrations, du repos, la prise d'anti-inflammatoires, et des séances de physiothérapie ; ce médecin a également signalé un état dépressif réactionnel (divorce, licenciement) aggravant les douleurs ;

mandatés par la Bâloise assurances, la doctoresse G \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et le docteur H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, ont rendu leurs rapports en date des 10 avril et 1 er mai 2012 ; l'expert psychiatre a précisé s'être basé sur le dossier communiqué par l'assureur, un examen psychiatrique, une communication téléphonique avec les médecin et psychiatre traitants et une concertation avec l'expert rhumatologue ; l'expert psychiatre s'est livré à une anamnèse familiale, professionnelle, psychosociale et psychiatrique, à une description de la vie quotidienne de l'assurée, à une description des plaintes de l'assurée et à celle du status psychiatrique ; à l'issue de son examen, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ; il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une solitude chez une personnalité à traits dépendants, des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de vie et des difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne de son entourage immédiat ; sur le plan objectif, seuls des signes dépressifs mineurs ont été objectivés, d'une intensité tout au plus légère au sens des classifications internationales ; l'expert a ajouté que dès que l'isolement social de l'assurée pourrait être réduit par des activités extérieures, un travail et des rencontres, les signes dépressifs s'amenderaient spontanément, raison pour laquelle il a préconisé d'encourager une reprise professionnelle, dont il a jugé que l'intéressée avait les capacités psychiques de l'entreprendre ; à cet égard, l'expert a suggéré de retenir la date du 1er juin 2012, ceci afin de permettre au psychiatre traitant de mettre en place une stratégie thérapeutique ; il a encore précisé que le médecin traitant avait reconnu l'impact de l'isolement social de sa patiente et que le psychiatre traitant avait quant à lui admis que la souffrance de sa patiente était liée à sa solitude sentimentale encore aggravée par l'éloignement des membres de sa famille ; en définitive, l'expert psychiatre a conclu que l'assurée pourrait raisonnablement reprendre son activité habituelle ou toute autre à plein temps dès le 1er juin 2012 et qu'il « ne s'agissait pas d'une indication à l'octroi d'une rente AI » ;

l'expert rhumatologue s'est également livré à une

anamnèse socio-professionnelle, personnelle, familiale et systématique, à une description des plaintes subjectives (douleurs de la région fessière et de la hanche gauche avant tout) et à un status clinique ; l'expert a également ordonné des examens complémentaires (échographie de la hanche gauche du 13 janvier 2012, radiographies du genou gauche du 3 avril 2012 et radiographie du bassin du même jour) ; en définitive, l'expert rhumatologue a retenu les diagnostics de périarthrite de la hanche gauche sous la forme d'une tendinopathie insertionnelle du moyen-fessier gauche sur le grand trochanter, de tendinopathie du muscle tenseur fascia lata gauche et d'halux valgus bilatéral asymptomatique prédominant à droite ; objectivement, l'expert a relevé l'absence de symptômes suggestifs d'une amplification des symptômes ou de signes de Waddell ; le status n'a révélé aucun signe en faveur d'une fibromyalgie, les points de Smythe étant tous indolores ; l'expert a expliqué qu'au niveau de la hanche gauche, il existait des signes indéniables de périarthrite, se traduisant par des douleurs irradiants dans la cuisse jusqu'au niveau de la tête du péroné, avec une tendinopathie du muscle tenseur latéral gauche ; au niveau du genou gauche, aucune lésion n'a été constatée, hormis un très discret pincement au niveau du compartiment interne fémoro-tibial ; l'expert rhumatologue en a tiré la conclusion que l'arrêt de travail était justifié, mais que la capacité de travail pourrait être complètement recouverte d'ici au 1<sup>er</sup> juin 2012, dans toute activité ; s'agissant plus particulièrement de l'activité de femme de ménage, il a expliqué que la capacité (recte : incapacité) de travail était justifiée par la périarthrite, mais que l'assurée devrait recouvrer une pleine capacité après la poursuite du traitement prodigué par la Dresse F\_\_\_\_\_, qui avait déjà eu un effet manifestement bénéfique ;

!endif>!  
- dans un rapport du 19 juillet 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a conclu à un trouble dépressif récurrent moyen depuis septembre 2011 entraînant une totale incapacité de travail depuis le 30 août 2011 ; le psychiatre traitant a expliqué que sa patiente était limitée dans sa capacité de travail par la peur du contact, une tendance au repli, un manque d'énergie, une difficulté à entreprendre des activités, une insécurité et une faible estime de soi, lesquelles entraînaient une baisse de rendement dont il convenait qu'elle était difficile à évaluer, raison pour laquelle il suggérait une évaluation en situation réelle et en tenant compte de l'impact des douleurs du membre inférieur gauche ;

!endif>!  
- dans un rapport du 10 août 2012, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin traitant, a fait état d'un trouble de l'adaptation avec état dépressif et d'une périarthrite de la hanche ; il a également mentionné, en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, une solitude chez une personnalité à traits dépendants et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ; ce médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 30 août 2011, en indiquant qu'à son avis, une activité restait possible dans un autre secteur, par exemple tertiaire ;

!endif>!  
- dans un rapport du 20 août 2012, la Dresse F\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic de périarthrite de la hanche gauche, entraînant une incapacité de travail dans l'activité de nettoyeuse depuis le 30 août 2011 ; elle a préconisé d'éviter le port de charges et les travaux lourds, indiqué qu'une amélioration était envisageable et préconisé une réorientation professionnelle ;

!endif>!  
- entendue par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI le 26 novembre 2012, l'assurée a indiqué n'envisager aucune reprise d'activité en raison de ses douleurs, trop importantes, et ne pas imaginer pouvoir reprendre son travail dans le nettoyage ; elle a indiqué par ailleurs ne pas arriver à formuler une vision de son avenir professionnel et s'en remettre à ses médecins ; elle a évoqué avec plaisir le travail administratif qu'elle exerçait en Colombie et a expliqué y avoir renoncé à regret en raison de ses difficultés linguistiques, de son âge et de son manque d'expérience en Suisse ;

!endif>!  
- l'assurée a alors fait l'objet

d'une « évaluation commerciale et bureautique » du 7 au 18 janvier 2013 par l'entreprise GVA Ressources ; celle-ci, dans son rapport final, a constaté que le projet professionnel de l'assurée était « difficilement réaliste » dans le cadre de l'assurance-invalidité en raison de ses importantes lacunes en français, en rédaction et en informatique ; les compétences de l'intéressée en matière de structure, d'organisation et de connaissances Word étaient insuffisantes, ses connaissances en Windows, en dactylographie, en Excel et en comptabilité de base très faibles ; il a été jugé qu'elle ne disposait donc pas des qualifications requises pour occuper un poste d'employée de bureau ; elle devrait au préalable améliorer de manière intense sa maîtrise du français rédactionnel commercial et il n'était pas dit qu'elle puisse atteindre un niveau satisfaisant en quelques mois ; les remises à niveau en informatique ont été qualifiées d'indispensables et équivalent à une formation complète ;

le 13 février 2013, l'assurée a expliqué être bien occupée par ses promenades, ses prières et ses rendez-vous médicaux et a indiqué ne pas être encore prête à entreprendre quoi que ce soit ;

le 11 octobre 2012, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état dépressif était toujours présent et les symptômes importants, mais que sa patiente était néanmoins en train de développer de nouveaux liens sociaux ; l'état dépressif influençait encore la motivation, mais sa patiente se disait motivée à reprendre une activité professionnelle prenant en compte ses limitations physiques ; selon le médecin, un recours à l'assurance-invalidité ne paraissait pas indiqué ;

l'assurée a alors été adressée par l'assureur perte de gain au docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour nouvelle expertise ; dans son rapport du 3 février 2012, l'expert a conclu que, d'un point de vue strictement psychiatrique, la pathologie actuelle (un état dépressif léger) ne générerait pas d'incapacité de travail : l'activité habituelle ne requérant pas d'importantes ressources cognitives, pratiques, mnésique, il était raisonnablement exigible d'attendre de l'assurée qu'elle reprenne le travail ; l'expert a encore précisé qu'il n'y avait pas lieu de retenir un trouble somatoforme, lequel nécessite le constat de plaintes somatiques multiples et variables, ce qui n'était pas le cas de l'assurée, puisqu'elle ne se plaignait que de sa cuisse gauche ;

dans un rapport du 15 mars 2013, le Dr E\_\_\_\_\_ a fait mention d'un diagnostic inchangé de trouble dépressif récurrent moyen ; malgré la persistance des troubles, sa patiente était prête à reprendre une activité professionnelle tenant compte de ses limitations physiques ; le médecin a préconisé une reprise progressive (25 % dans un premier temps, puis 50 % après quelques semaines) ;

dans un rapport du 18 mars 2013, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé l'état stationnaire de l'assurée et conclu à une capacité de travail de 0 % dans le poste de nettoyeuse ;

la Dresse F\_\_\_\_\_ a fait de même le 18 mars 2013, en précisant qu'une reprise très progressive d'un travail adapté ne serait envisageable qu'en cas d'amendement de l'état douloureux ;

ont alors été mandatés les docteurs J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et générale, K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, tous médecins auprès de la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR) ; dans leur rapport du 15 octobre 2014 rédigé suite au séjour de l'assurée à la CRR du 22 au 24 septembre 2014, les experts, après une anamnèse et un examen clinique, une expertise rhumatologique, une expertise psychiatrique et l'étude du dossier médical mis à disposition par l'OAI, ont finalement retenu les diagnostics d'épisode dépression moyen sans syndrome somatique et d'anxiété généralisée ; ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : des traits de personnalité dépendante, un état

douloureux chronique diffus, une périarthrite de la hanche gauche, un halux rigidus droit, un utérus myomateux, un kyste de l'ovaire droit et un status après ablation d'une tumeur maligne au sein droit en 2009 ; l'examen physique rhumatologique a permis d'exclure une maladie rhumatismale inflammatoire ou toute autre base organique aux plaintes ; l'assurée a été décrite comme libre de ses mouvements, hormis une boiterie d'esquive gauche, fluctuante et intermittente, de banals troubles de la statique rachidienne et un aspect d'halux rigidus droit ; les articulations périphériques sont apparues calmes et bien mobiles, le rachis sans limitation ; en revanche, les experts ont été frappés par une sensibilité exacerbée à la palpation au niveau de la hanche, de la région pectorale et scapulaire et de l'avant-pied droit ; les documents d'imagerie ne montrant aucune anomalie susceptible d'expliquer ce tableau douloureux, les experts en ont conclu que la dimension de la douleur était insignifiante et occultée par les dimensions émotionnelle et psychique; quant à l'examen psychiatrique, il a mis en évidence des troubles de l'attention et de la mémoire, ainsi que des troubles de la fixation et une pensée légèrement inhibée et ralentie ; les experts ont conclu à une diminution et à une inhibition moyenne à sévère du dynamisme, qui les a conduit à retenir un état dépressif moyen sans syndrome somatique et une anxiété généralisée chez une personne présentant des traits de personnalité dépendante ; au terme de l'entretien de synthèse, les experts se sont accordés pour retenir unanimement la présence d'une atteinte significative à la santé sous la forme d'un épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et d'une anxiété généralisée, responsables d'une incapacité de travail de l'ordre de 50 % dans l'ancienne activité de femme de ménage comme dans toute autre activité adaptée ; il a été souligné que le diagnostic de trouble somatoforme douloureux ne pouvait être retenu, les plaintes somatiques n'étant pas au premier plan ; au plan somatique, il a été jugé que les atteintes n'entraînaient aucune limitation comme femme de ménage ou dans quelque activité que ce soit car la dimension nociceptive de la douleur était insignifiante et ne justifiait pas une quelconque incapacité de travail ; les experts ont souligné que l'assurée devrait pouvoir bénéficier d'un réentraînement au travail progressif tel que proposé par le psychiatre traitant, avec par la suite une aide au placement ;

le 6 novembre 2014, le Service médical régional de l'OAI (SMR) a émis l'avis que même si le diagnostic formel de syndrome somatoforme douloureux n'était pas retenu, il convenait d'examiner la situation sous cet angle, « vu la présence d'un syndrome douloureux chronique apparenté à un tel trouble » ;

réinterrogés, les experts ont répondu en date du 26 novembre 2014 en faisant part de leur perplexité : « nous ne comprenons pas la logique qui vous mène à importer un diagnostic de la catégorie CIM-10 R dans une catégorie CIM-10 F ; en d'autres termes, nous ne comprenons pas pourquoi vous assimilez le trouble somatoforme douloureux à l'état douloureux diffus dans cette situation précise. L'état douloureux diffus est simplement l'expression d'une douleur chronique ne correspondant à aucune atteinte lésionnelle précise. Cela ne veut pas dire que l'état douloureux diffus correspond à une atteinte psychique ayant valeur de maladie. Nous ne contestons pas le fait que la douleur, en soi, n'a pas de retentissement sur la capacité de travail ; c'est ce qui ressort de tous les rapports émanant de notre centre. En d'autres termes, vous nous demandez de faire la preuve de ce qui n'existe pas, ce qui nous plonge dans une impasse logique. Nous ne pouvons arguer plus avant dans ces circonstances » ;

le 16 décembre 2014, la docteure M\_\_\_\_\_, du SMR, a campé sur ses positions, estimant que, dans une telle situation, il fallait bel et bien considérer que l'on se trouvait dans le cadre d'un trouble apparenté à un trouble somatoforme douloureux ; la Dresse M\_\_\_\_\_ a dès lors procédé elle-même à

l'analyse des critères jurisprudentiels et considéré qu'en l'occurrence, ils n'étaient pas remplis ; [endif]>[if> - dans un rapport circonstancié et détaillé sur plusieurs pages adressé à l'OAI de concert le 23 mars 2015, les Drs E\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont réfuté la prise de position de la Dresse M\_\_\_\_\_, dont ils ont jugé qu'elle disqualifiait non seulement l'intensité de la souffrance de leur patiente, mais également ses efforts pour maintenir sa capacité de travail, malgré les atteintes à sa santé ; les médecins ont rappelé que les experts de la CRR eux-mêmes avaient admis une incapacité de travail en lien avec l'état dépressif. [endif]>[if> 8. Interpellée par l'OAI, l'assurée a indiqué avoir travaillé chez des privés à raison de 6 h./sem. [endif]>[if> B\_\_\_\_\_ a confirmé (pce OAI 43) avoir employé l'assurée à raison de 10 h./sem., en précisant que la durée normale de travail dans l'entreprise était de 42.5 h./sem. L'assurée avait été rémunérée 20.85 CHF/h. au total depuis janvier 2012 (indemnités pour vacances et 13e salaire compris). Quant à la responsable de l'entreprise C\_\_\_\_\_, elle a indiqué à l'OAI avoir employé l'assurée en tant que nettoyeuse jusqu'au 31 décembre 2011 selon un horaire variable, de 15 à 20 h./sem. (cf. courrier du 19 août 2012). 9. Une enquête économique sur le ménage a été diligentée le 6 octobre 2015, qui a conclu à un empêchement de 12.9 % dans la tenue du ménage. [endif]>[if> 10. Par décision du 8 octobre 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. [endif]>[if> Après avoir, dans un premier temps, considéré que les incapacités de travail attestées par les médecins traitants de l'intéressée depuis août 2011 n'étaient pas justifiables d'un point de vue médical et ne pouvaient être reconnues comme invalidantes au sens de la loi, le SMR est revenu sur sa position après examen de nouveaux documents versés au dossier par l'assurée et a finalement admis qu'elle ne disposait plus que d'une capacité de travail de 50% dans toute activité. Dès lors, l'OAI, considérant que, sans atteinte à sa santé, l'assurée aurait continué à exercer une activité professionnelles à 79%, s'est livré à une comparaison des gains : dans la sphère professionnelle, il a comparé le revenu qu'aurait pu réaliser l'assurée en exerçant son activité à 50% plutôt qu'à 79%, ce qui l'a conduit à une perte de gain de 37% et à un degré d'invalidité de 29% ; en y ajoutant le degré d'invalidité de 3% obtenu dans la sphère ménagère (13 % d'empêchements selon l'enquête économique sur le ménage), l'OAI est parvenu à un degré d'invalidité global de 32%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. 11. Par écriture du 12 novembre 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi de mesures de réadaptation et d'une rente entière dès décembre 2012. [endif]>[if> En substance, la recourante conteste en premier lieu le statut qui lui a été reconnu par l'OAI, à savoir la part consacrée à l'exercice d'une activité professionnelle. Elle allègue qu'avant d'être atteinte dans sa santé, elle travaillait à un taux avoisinant 93%. Pour le surplus, la recourante conteste la capacité résiduelle de travail de 50% qui lui a été reconnue, vu la périarthrite de sa hanche gauche. Elle fait remarquer que son activité habituelle de nettoyeuse implique de pousser des chariots, de balayer, de porter de lourdes charges, de monter des échelles, etc. La recourante en tire la conclusion que l'intimé aurait dû procéder à une comparaison entre le revenu avant invalidité et celui qu'aurait pu lui procurer une activité bien plus légère. La recourante ajoute qu'il aurait également fallu tenir compte d'une baisse de rendement et de l'importance de ses limitations fonctionnelles, tant sur le plan psychique que physique et que le revenu d'invalidité aurait encore dû être réduit pour prendre en considération le fait qu'elle a exercé peu de temps en Suisse, qu'elle est de nationalité étrangère et qu'elle est très peu intégrée. 12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 30 novembre 2015, a conclu au rejet du recours. [endif]>[if> S'agissant de la capacité de travail résiduelle de l'assurée, l'intimé rappelle que celle-ci a fait l'objet de plusieurs expertises

qui, sur le plan psychiatrique, ont conclu soit à une pleine capacité de travail, soit à une capacité réduite à 50%, baisse de rendement incluse, et, sur le plan rhumatologique, à une pleine capacité de travail dans toute activité. Selon l'intimé, les médecins traitants ne font valoir aucun élément objectif justifiant le fait que leur appréciation diffère de celle de ces experts. Quant au calcul du degré d'invalidité, l'intimé fait valoir que la société B\_\_\_\_\_, en date du 13 août 2011, a indiqué que l'assurée avait travaillé pour elle 10 h./sem. pour un horaire habituel de 42.5 h./sem. et que l'école de danse a affirmé avoir occupé l'assurée de 15 à 20 h./sem. L'intimé fait valoir qu'en retenant un horaire habituel de 42.5 h./sem. appliqué par l'employeur principal, il a opté pour un calcul plus favorable à l'assurée que s'il s'était référé à l'usage usuel de la branche. 13. Par écriture du 4 janvier 2016, l'assurée a complété son recours. Elle soutient être totalement inapte à travailler, quelle que soit l'activité envisagée, en raison de ses problèmes psychiques et physiques. Elle reproche en particulier à l'expert rhumatologue de la CRR de n'avoir pas mentionné les douleurs dont elle souffre dans les régions scapulaire, cervicale et lombaire et y voit la preuve d'un défaut de valeur probante. S'agissant de son horaire de travail avant invalidité, elle allègue que le nombre d'heures effectuées auprès de l'école de danse (17,5 h./sem.) a été sous-évalué. Selon elle, c'est un horaire de 19 h./sem., voire 24 h./sem. qui doit être retenu. De même, la recourante conteste la durée habituelle de travail hebdomadaire de 42,5 h./sem. sur laquelle s'est basé l'OAI. Cet horaire, appliqué par B\_\_\_\_\_, ne saurait selon elle être considéré comme exemplatif de tout le secteur. Elle suggère quant à elle de retenir une durée de travail de 41 h./sem. Enfin, la recourante allègue qu'elle cumule plusieurs des facteurs de réduction supplémentaire : des limitations importantes, un nombre réduit d'années de service en Suisse, un manque de formation, sa nationalité étrangère et le fait de devoir travailler à temps partiel. Elle en tire la conclusion qu'il conviendrait d'appliquer la réduction maximale de 25%. 14. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 11 février 2016 au cours de laquelle a été entendu le Dr E\_\_\_\_\_, psychiatre traitant depuis février 2012. Le témoin a indiqué « être d'accord à 90% » avec les conclusions du rapport de la CRR. Il a expliqué que son avis divergeait sur quelques détails. Ainsi, le diagnostic de trouble anxieux généralisé lui semble avoir été retenu à tort : certes, une série de symptômes anxieux sont présents, mais ils font selon lui partie intégrante du diagnostic principal de trouble dépressif récurrent. Le témoin a toutefois convenu que cela n'avait pas grande incidence sur les conclusions. Il a indiqué approuver la capacité résiduelle de travail de 50% retenue dans une activité adaptée, à condition que la profession de femme de ménage ou de nettoyeuse ne soit pas considérée comme telle, car c'est cette activité qui a contribué à l'apparition et à l'augmentation de l'atteinte dépressive chez sa patiente. Le témoin a expliqué qu'il situe l'apparition de l'état dépressif à 2006 (date du décès de la sœur de l'assurée) ; cet état dépressif s'est aggravé en 2009, avec la chute de l'assurée ; malgré tout, l'intéressée, entre 2009 et 2012, a augmenté son temps de travail, malgré ses douleurs et son état dépressif. Le témoin a émis la crainte que, vu la disposition d'esprit de sa patiente, le même phénomène se reproduise si elle reprend son activité. Le témoin a insisté sur la nécessité de définir quelle activité devrait être envisagée avec le concours de l'assurée, afin d'emporter son adhésion et de la motiver. Cela pourrait l'aider à sortir de son état dépressif. Il a également souligné l'importance d'un retour progressif au travail, alléguant qu'il lui paraissait impossible de remettre sa patiente en activité à 50% du jour au lendemain, quelle que soit l'activité envisagée. À titre de limitations fonctionnelles, le témoin a énuméré : - des difficultés de concentration empêchant l'assurée d'accomplir correctement une tâche dans la durée et dans

l'intensité ;![endif]>![if> - une fatigue induite par l'état dépressif qui conduit à un ralentissement ;![endif]>![if> - des douleurs qui ont pour conséquences l'obligation de faire des pauses, une limitation des mouvements et une impossibilité à conserver des positions statiques ;![endif]>![if> - un certain repli sur soi.![endif]>![if> Enfin, le témoin a indiqué que les empêchements retenus par l'enquêtrice ménagère ne lui paraissaient pas critiquables. 15. A également été entendue la Dresse F\_\_\_\_\_, rhumatologue qui suit l'assurée depuis avril 2010. ![endif]>![if> Le témoin a confirmé avoir pour sa part conclu à une périarthrite de la hanche gauche chronique, ayant évolué en un syndrome douloureux chronique (les douleurs se sont en effet étendues aux lombaires, à l'autre hanche, puis aux membres inférieurs et supérieurs, même si la localisation principale demeure néanmoins au niveau de la hanche gauche). Cela se traduit par les limitations suivantes : éviter les gros travaux tels que le ménage, le port de charges et les déplacements. La douleur est restée continue, malgré les traitements, infiltrations et séances de physiothérapie. Il n'y a eu aucune amélioration durable. Le témoin a précisé avoir constaté, dès la première consultation, l'existence d'un état dépressif de fond déjà bien installé, évidemment renforcé par les douleurs. Le témoin a indiqué adhérer aux conclusions du psychiatre de la CRR, à savoir une capacité de 50% dans une activité adaptée et une réadaptation progressive. Pour sa part, le médecin préconisait une tentative de reprise à 25% en accord avec le psychiatre traitant, suivie d'une augmentation jusqu'à 50%. Selon le témoin, il serait utile d'aider l'assurée à retrouver une activité plus légère que celle de nettoyeuse, qui lui paraît devoir être exclue. En effet, c'est parce que l'assurée a continué à exercer malgré son atteinte, en augmentant même son temps de travail, qu'un cercle vicieux s'est installé, les douleurs venant renforcer la dépression et réciproquement. Le témoin s'est en revanche écarté des conclusions de l'expert rhumatologue s'agissant du caractère non incapacitant des douleurs : selon le témoin, l'incapacité est clairement totale dans l'activité de nettoyeuse. Enfin, le témoin a indiqué ne pouvoir se prononcer quant à une éventuelle baisse de rendement supplémentaire dans une activité adaptée. 16. Entendue en comparution personnelle, la recourante a allégué avoir travaillé pour l'école de danse à raison de 4 h./jour, du lundi au vendredi, voire un peu plus durant les vacances scolaires pour les nettoyages de fond ; s'y ajoutaient 2 h. le samedi et 10 h./sem. pour B\_\_\_\_\_ et 6 h./sem. chez des particuliers. ![endif]>![if> Les travaux de nettoyage dans l'école de danse étaient lourds : ils consistaient en effet à nettoyer les salles de danse, les vestiaires, les douches, la réception, la cafétéria, les vitres, etc., le tout sur trois étages. La recourante a dit pouvoir envisager une activité n'impliquant pas d'effort physique. Elle a souligné être au bénéfice d'une formation de gestionnaire administrative et a expliqué avoir été placée, dans le cadre de la détection précoce, dans une société pour un travail de bureautique ; elle s'est cependant heurtée à des problèmes de langue ; par ailleurs, ses connaissances devraient être rafraîchies. 17. Dans ses écritures après enquêtes du 25 février 2016, l'intimé a persisté dans ses conclusions en rejet du recours. ![endif]>![if> Il maintient que l'activité habituelle est encore exigible et considère dès lors que c'est dans ce domaine que la recourante pourra au mieux exploiter sa capacité de gain résiduelle. 18. Le 10 mars 2016, la recourante a également persisté dans ses conclusions en l'octroi d'une rente entière. ![endif]>![if> Elle considère que l'audition des Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ a démontré que l'activité de femme de ménage n'est plus exigible de sa part. Elle en tire la conclusion qu'elle devrait dès lors se voir accorder des mesures de réadaptation, avant que ne soit calculé son degré d'invalidité. S'agissant du revenu avant invalidité, elle fait valoir que du 8 juin – date du début de son contrat – au 31 décembre 2010, elle a réalisé auprès de l'école de danse un revenu de

CHF 29'651.- qui, annualisé, conduit à un montant de CHF 39'848.-, correspondant, en 2012, à un revenu de CHF 40'565.-. Quant au revenu d'invalidé, il devrait être calculé en se basant sur les salaires statistiques, en tenant compte d'une baisse de rendement de 20% et d'une réduction supplémentaire de 25%. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).!

En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445 ), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343 ). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.!

4. Le litige porte sur le droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité.!

5. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré que, sans atteinte à sa santé, l'intéressée aurait continué à exercer une activité professionnelle au même taux que précédemment, taux qu'il a fixé à 79%. La recourante admet ne pouvoir se voir reconnaître un statut d'active à plein temps mais soutient que son taux d'occupation avant invalidité avoisinait plutôt 93%.!

b) Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes - la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. c) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré; c'est la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt 9C\_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35). Chez les

assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 RAI). Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53). d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; voir également arrêt 9C\_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C\_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence). Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation familiale, sociale et professionnelle, de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références). 6. En l'espèce, la recourante allègue qu'avant d'être atteinte dans sa santé, elle travaillait en moyenne 38 h./sem. (10 chez B\_\_\_\_\_, 24 à l'école de danse et quelques heures supplémentaires chez des particuliers). Selon elle, son taux d'activité avoisinait donc 93%, en comparaison avec la durée moyenne de travail dans la profession (41 h./sem. en 2011). Les 10 heures de travail hebdomadaires pour B\_\_\_\_\_ ne sont pas contestables car confirmées à plusieurs reprises par l'employeur. Il n'en va pas de même, en revanche, du chiffre de 24 h./sem. avancé par la recourante s'agissant de son travail pour l'école de danse. Interpellé par l'intimé, cet employeur a en effet fait état d'un horaire variant entre 15 et 20 h./sem. Le certificat de salaire établi par ce même employeur le 25 janvier 2011 pour la période de juin à décembre 2010 (7 mois) fait mention d'un revenu total de CHF 10'197.-, ce qui correspond à un revenu de 1'457.- CHF/mois, soit environ 364.- CHF/sem. et, si l'on tient compte du fait que l'assurée était rémunérée 22.- CHF/h., à un nombre d'heures hebdomadaires de travail d'environ 16,5, ce qui corrobore les dires de

l'employeur. S'il est vrai que d'autres documents au dossier font état d'un horaire plus intensif (cf. rapport d'évaluation de l'OAI du 28 février 2012 faisant état de 24 h./sem. [pce OAI 8, p. 4], déclaration maladie de la Bâloise faisant état de 19 h./sem. [pce OAI 32, p. 33] et rapport d'évaluation de l'OAI du 23 novembre 2012 faisant mention de 35 h./sem. [doc. 47, p. 2]), ils ne sauraient revêtir de valeur probante, dans la mesure où ils ont été rédigés sur la base des dires de l'assurée ou par elle-même. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu une durée de travail hebdomadaire moyenne de 17,5 h./sem. chez cet employeur. S'y ajoutent les 6 h./sem. réalisées chez des particuliers retenues par l'OAI (pce 115) et non contestées par la recourante, ce qui conduit à une durée totale de travail de 33,5 heures par semaine (10 + 17.5 + 6) avant atteinte à la santé. Pour calculer à quel taux d'activité correspondent ces 33,5 heures, la Cour de céans est d'avis qu'on ne saurait se référer ni à la durée de travail prescrite chez B\_\_\_\_\_ - car celui-ci, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, n'était pas le principal employeur, l'assurée travaillant davantage à l'école de danse -, ni sur la durée mentionnée par la convention collective de travail applicable dans le secteur du nettoyage - qui, comme le fait remarquer à juste titre la recourante, correspond à la durée maximale admise et non à une durée moyenne de travail dans le domaine. La recourante suggère pour sa part de se référer à la statistique « Noga » (nomenclature générale des activités économiques élaborée par l'Office fédéral de la statistique) 2008, qui retient une durée de travail hebdomadaire de 41 h./sem. à Genève. Il paraît effectivement raisonnable, en un tel cas, de se référer aux statistiques. Dès lors, la Cour de céans retiendra la durée de travail hebdomadaire moyenne réalisée par tous les travailleurs en 2010, à savoir 41,6 h./sem. (cf. La Vie économique, 6/2013, p. 90, tableau B9.2). Cette année-là, la recourante a travaillé 33,5 h./sem., ce qui correspond à un taux d'activité de 80.6%, les 19,4% restant étant dévolus aux tâches habituelles. On relèvera que retenir la statistique Noga comme suggéré par la recourante ne conduirait qu'à un taux d'occupation guère plus élevé, soit 81.7%. 7. a) Il convient à présent d'examiner si la recourante peut se voir reconnaître un degré d'invalidité suffisant pour lui ouvrir droit aux prestations de l'assurance. b) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 ss.; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). c) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au

moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). d) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat

d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 592/99 du 13 mars 2000 consid. b/ee). 8.

En l'occurrence, l'intimé a admis une réduction de la capacité de travail de la recourante à 50% dans toute activité. L'intimé se réfère aux conclusions de l'expertise de la CRR. La recourante conteste la capacité résiduelle de travail de 50% qui lui a été reconnue. Elle reproche à la CRR d'avoir occulté sa souffrance physique et soutient que, vu la périarthrite de sa hanche gauche, il n'est pas raisonnable de conclure qu'elle pourrait continuer à exercer son activité habituelle de nettoyeuse, laquelle implique de pousser des chariots, de balayer, de porter de lourdes charges, de monter des échelles, etc. Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise de la CRR. Celle-ci a été diligentée par des spécialistes reconnus, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les experts à ne pas retenir l'ensemble des empêchements (et/ou douleurs) allégués par l'intéressée. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, la Cour de céans considère que le rapport d'expertise du 15 octobre 2014 a pleine valeur probante. Les avis des médecin et psychiatre traitant ne sauraient suffire à jeter le doute sur les conclusions des experts. En effet, ils ne font état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré des experts de la CRR. Bien plus, tant le psychiatre que le rhumatologue traitants ont approuvé la capacité résiduelle de travail de 50% retenue. Certes, tous deux ont émis l'avis que l'activité de nettoyeuse n'était pas adaptée à leur patiente, mais les arguments avancés à l'appui de cette position (crainte que l'assurée n'outrepasse ses limites et n'augmente son temps de travail en dépit des douleurs) constituent des éléments subjectifs qui ne sauraient suffire à écarter l'avis des experts. Les médecins de la CRR sont parvenus à la conclusion que l'assurée, en dépit de l'atteinte à sa santé, demeurait capable d'exercer à 50% toute activité, y compris sa profession habituelle. Sur ce point en particulier, les experts ont expliqué que l'assurée, à l'examen clinique, était libre de ses mouvements, hormis une boiterie d'esquive fluctuante et intermittente. Ils n'ont relevé que de banals troubles de la statique. Ils ont souligné que l'imagerie ne montrait aucune anomalie susceptible d'expliquer l'ampleur du tableau douloureux au niveau de la hanche et en ont tiré la conclusion que « la dimension nociceptive de la douleur était insignifiante et ne justifiaient pas une quelconque incapacité de travail ». A cet égard, on soulignera que l'expert rhumatologue H \_\_\_\_\_, en avril 2012, était parvenu aux mêmes

conclusions, à savoir une capacité de travail préservée dans l'activité habituelle. Force est de constater que les médecins traitants ne font valoir aucun élément objectif justifiant le fait que leur appréciation diffère de celle des experts. Il suit de ce qui précède que la recourante doit être considérée comme apte à exercer à 50% toute activité, y compris son activité habituelle, après une période de réentraînement à l'effort de quelques semaines. Compte tenu d'un taux d'activité réduit à 50% au lieu des 80.6% exercés auparavant, la perte économique dans la sphère professionnelle s'établit donc à 38%, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 30.6%, arrondi à 31%. La recourante ne conteste pas l'empêchement retenu dans la sphère ménagère. La Cour de céans constate qu'il n'y a donc pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 13% retenu, lequel conduit à un degré d'invalidité de 2.5% (15% de 19,4%), arrondi à 3. L'addition de ces deux taux conduit à un degré global d'invalidité de 34%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente de l'assurance-invalidité. On ajoutera qu'il n'y a lieu ni de tenir compte d'une baisse de rendement supplémentaire, alléguée par la recourante mais étayée par aucun des médecins qui se sont exprimés, ni de procéder à une réduction supplémentaire telle que préconisée par la jurisprudence puisque la recourante travaillait déjà à temps partiel précédemment et que l'on considère que son ancienne activité reste exigible. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. ![/endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. ![/endif]>![if> 3. Il est renoncé à la perception d'un émolument. ![/endif]>![if> 4. 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 - RS 173.110); 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.![/endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD 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

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