

GE_GERICHTE A/724/2017 vom 13. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_724_2017

FR: GE_GERICHTE A/724/2017 du 13 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE A/724/2017 del 13 novembre 2017

Erwägungen

E. 10

% 14% 3.5% 5.3 entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité 35% 20% 70% 35% 14% 7% 5.4 emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité 30% 8% 50% 20% 4% 1.6% 5.5 lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser etc. exigibilité 25% 20% 40% 15% 8% 3% 5.6 soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% exigibilité 0% 0% 0% 0% 0% 0% 5.7 divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire exigibilité 0% 15% 40% 40% 6 % 6 % total du champ d'activité 100% total de l'exigibilité retenue 24.90% total-empêchement pondéré sans exigibilité 46.40% total – empêchement pondéré avec exigibilité 21.50% 16. Dans un projet de décision du 12 avril 2016, l'OAI a refusé toute prestation à l'assurée.![endif]>![if> Il a relevé qu'avant le dépôt de sa demande de prestations, l'intéressée exerçait une activité à 20%, de sorte que son statut était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 20% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 80% restants. Dans la part correspondant à ses travaux habituels, l'enquête du 4 avril 2016 avait conclu à un empêchement dans la sphère ménagère de 21,5%. Dans la sphère professionnelle, le SMR était d'avis que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans la mesure où elle avait l'aptitude d'exercer son activité habituelle à 50% et que ce taux était supérieur à son taux habituel de 20%, le degré d'invalidité était nul dans la sphère professionnelle et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. Le degré d'invalidité total était de 17%, soit 0% (20% de 0%) dans l'activité professionnelle et 17% (80% de 22%) dans les travaux habituels. 17. Par courrier du 12 mai 2016, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, invité l'OAI à revoir son projet de décision. ![endif]>![if> Elle relevait que l'OAI se référait à l'avis du SMR pour conclure à une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Or, l'enquête économique sur le ménage concluait à divers taux d'exigibilité, toujours inférieurs à 50%, quels que soient les domaines d'activité. En outre, dans un courriel du 10 mai 2016 adressé à son conseil, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, concluait que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée à ses problèmes de dos. Une IRM récente de sa colonne lombaire avait mis en évidence deux hernies discales avec conflit au niveau des racines L4-L5 à droite, pouvant expliquer des douleurs lombaires avec irradiation dans les jambes et des limitations fonctionnelles au niveau des déplacements et des ports de charges. 18. Dans une note interne du 2 juin 2016, l'OAI a relevé que l'assurée s'était inscrite au chômage à un taux de 25% le 29 mars 2016. Elle ne percevait pas d'indemnité journalière en raison d'un gain assuré insuffisant, soit moins de CHF 500.- par mois.![endif]>![if> 19. Dans un avis du 29 juin 2016, la doctoresse G_____, médecin du SMR, a considéré que dans le contexte de

l'assurée, compte tenu des éléments mis en avant par les médecins, notamment la Dresse F_____, et des résultats de l'IRM, et au vu des discordances des avis médicaux, la réalisation d'une expertise orthopédique était nécessaire.![endif]>![if> 20. Le 9 août 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise orthopédique était confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. La liste des questions adressées à l'expert était jointe en annexe. Un délai de dix jours était imparti à l'intéressée pour lui adresser des questions complémentaires ainsi que pour lui faire part de ses éventuels motifs de récusation à l'encontre du Dr H_____.![endif]>![if> 21. Le 16 septembre 2016, l'assurée a été examinée par l'expert.![endif]>![if> Dans le rapport du 23 septembre 2016 qui s'en est suivi, le Dr H_____ a indiqué se fonder sur le dossier fourni par l'OAI, l'iconographie apportée par l'assurée et l'examen clinique du 16 septembre 2016. Il a rappelé le contexte et le but de l'expertise, résumé la documentation mise à sa disposition, exposé l'anamnèse de l'intéressée, rapporté ses plaintes, fait part de ses constatations objectives, discuté les conclusions de la Dresse F_____ et répondu aux questions posées par l'OAI. Il a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail de status post-scoliose à double courbure thoracolombaire idiopathique diagnostiquée en 1985, de status post-traitement par corsets de la scoliose thoracolombaire, de status post-redressement par deux tiges de HARRINGTON selon ARMSTRONG avec arthrodèse de TH5 à L3 le 2 décembre 1985, de status post-bris post-traumatique des deux tiges de HARRINGTON en 2003, de status post-traitement conservateur du bris des tiges de HARRINGTON, et de maladie discale dégénérative L3-L4, L4-L5 et L5-S1 diagnostiquée par imagerie du 4 février 2015. La surcharge mécanique des deux articulations sacro-iliaques diagnostiquée le 23 septembre 2016 était accessible à un traitement par infiltrations. L'insuffisance bilatérale des ischiojambiers en position de décubitus, les tensions capsulaires fémorotibiales et l'insuffisance de la paroi abdominale étaient accessibles à la physiothérapie. Ils ne représentaient pas un diagnostic invalidant. Le syndrome douloureux sur l'extrémité crâniale des tiges de HARRINGTON brisées restait à prouver par une infiltration test. Le tabagisme n'était pas retenu en raison du cadre fixé par l'expertise. Les auto-exercices étaient manifestement effectués de façon assidue par l'assurée. Ses croyances lui faisaient rejeter les traitements médicamenteux, notamment ceux sous forme d'infiltrations. Son activité habituelle était celle de promeneuse de chiens. Elle était pleinement exigible depuis 2006, sous réserve du nombre maximum de chiens autorisés légalement (cinq à Genève) et du fait que les chiens ne demandent pas un effort physique particulier. Elle respectait les limitations fonctionnelles. Sa formation universitaire et le travail d'écrivain étaient également compatibles avec lesdites limitations, lesquelles étaient identiques depuis 1985. Dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sa capacité de travail était également pleine et entière. En raison de ses atteintes dorsales, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles, soit la nécessité d'éviter de soulever, porter, pousser et tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de cinq kilogrammes, de marcher longtemps, de garder la même posture (debout ou assis) plus de trente ou soixante minutes, de travailler dans une position instable (échafaudages, échelles et escaliers), et d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied). 22. Dans un rapport du SMR du 20 décembre 2016, la docteure I_____, médecin du SMR, s'est fondée sur l'expertise du Dr H_____. Elle n'a retenu aucune atteinte principale à la santé au sens de l'assurance-invalidité mais admis les facteurs/diagnostics associés n'étant pas du ressort de l'assurance-invalidité de lombosciatalgies chroniques sur status post- scoliose à double courbure thoracolombaire

idiopathique (1985), de status post- redressement par deux tiges de HARRINGTON selon ARMSTRONG avec arthrodèse de TH5 à L3 (2 décembre 1985), et de maladie discale dégénérative L3-L4, L4-L5 et L5-S1. La capacité de travail était de 100%, tant dans l'activité habituelle (promeneuse de chiens et écrivaine) que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (éviter de soulever, porter, pousser et tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de cinq kilogrammes, de marcher longtemps, de garder la même posture plus de trente ou soixante minutes, de travailler dans une position instable, et d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs).!endif]>!if> 23. Par décision du 31 janvier 2017, l'OAI a maintenu les termes et conclusions de son projet de décision du 12 avril 2016. A cela, il a ajouté que suite au courrier de l'assurée du 12 mai 2016, il avait repris l'instruction, notamment en mandatant une expertise orthopédique, à la suite de quoi le SMR avait retenu une pleine capacité de travail dans toutes activités. Par conséquent, les éléments amenés par l'assurée et l'instruction complémentaire ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.!endif]>!if> 24. Par acte du 1 er mars 2017, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, interjeté recours contre cette décision, concluant préalablement à ce qu'une expertise orthopédique et rhumatologique soit ordonnée ; et principalement à ce que la décision entreprise soit annulée et à ce qu'une demi-rente d'invalidité lui soit octroyée, sous suite de dépens.!endif]>!if> Le Dr H_____ avait retenu une capacité de travail de 100% dans l'activité habituelle de promeneuse de chiens, ainsi que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Cependant, ses conclusions entraînent en contradiction avec les avis médicaux des Drs F_____ et J_____, spécialiste FMH en rhumatologie (cf. infra), lesquels retenaient une capacité de travail de 50% dans les travaux habituels et dans une activité adaptée. Le SMR avait retenu une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Sur cette base, il avait retenu un degré d'invalidité nul dans son activité professionnelle et de 22% dans la sphère ménagère, soit un degré d'invalidité pondéré de 17%. Or, l'enquête économique sur le ménage avait retenu des limitations fonctionnelles dans toutes ses activités, à des degrés plus ou moins importants, entre 20% et 70%. Il ressortait de ce qui précède que les avis médicaux divergeaient grandement, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise était nécessaire, afin de déterminer son degré exact d'invalidité dans son activité habituelle et dans les travaux habituels. A l'appui de ses écritures, la recourante a produit deux certificats médicaux établis à sa demande par la Dresse F_____ le 17 février 2017 et par le docteur J_____, spécialiste FMH en rhumatologie, le 23 février 2017. Dans le premier document, la Dresse F_____ a évalué ses limitations fonctionnelles à une restriction de port de charges à maximum cinq kilogrammes de façon occasionnelle, une limitation de la marche prolongée, une limitation à garder la même posture plus de trente ou soixante minutes et une limitation à effectuer des mouvements fréquents de flexion, extension et rotation de la colonne dorso-lombaire. C'est pourquoi elle estimait la capacité de travail et dans les travaux habituels à 50%, et ceci même dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Dans le second document, le Dr J_____ a indiqué que la recourante présentait des séquelles très invalidantes depuis son intervention chirurgicale en 1985. Ses douleurs s'étaient aggravées. Elles étaient quasiment permanentes et empêchaient toute station debout ou assise prolongée, ainsi que tout effort continu. Sa capacité de travail était actuellement de 50% dans une activité adaptée. Son état de santé nécessitait une reconsidération de son état d'invalidité. 25. Dans sa réponse du 29 mars 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours.!endif]>!if> L'expertise du Dr H_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où elle répondait aux exigences

fixées par la jurisprudence. Quant aux rapports des médecins traitants leur valeur probante était moindre, compte tenu de leur relation thérapeutique avec la recourante. Les nouvelles pièces produites à l'appui du recours n'apportaient aucun élément permettant de s'écarter des conclusions du Dr H_____. En l'absence d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, une nouvelle expertise ne se justifiait pas. C'est donc à juste titre qu'il avait retenu une absence de perte de gain dans la sphère professionnelle, en raison d'une pleine capacité de travail dans les activités habituelles et dans une activité adaptée. S'agissant de la sphère ménagère, l'enquête mise en œuvre avait permis d'évaluer les empêchements de la recourante. Ladite enquête avait été réalisée par une personne spécialisée pour ce type d'examen et au domicile de la recourante. L'enquêtrice avait consigné de manière très complète les informations transmises par la recourante, et ceci en présence de sa colocataire. Les diagnostics médicaux avaient également été pris en compte. Compte tenu de ces éléments, l'enquête économique sur le ménage devait se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte qu'aucun élément ne permettait de s'en écarter. 26. Le 1^{er} mai 2017, la recourante a intégralement persisté dans les développements et conclusions de son recours. 27. A la suite de quoi la cause a été gardée à juger. 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 dès le 1^{er} 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. 4. Le litige porte sur le droit aux prestations de la recourante, en particulier sur son degré d'invalidité et sa capacité de travail dans son activité habituelle et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (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). 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. Pour

évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), 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 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). 7. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison

des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

8. a) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

b) 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 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans

VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). c) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). 9. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 10. En l'espèce, l'intimé a considéré que sans atteinte à la santé, la recourante aurait exercé son activité professionnelle à 20%, consacrant le reste de son temps, soit 80%, à la tenue de son ménage, ce qui n'est pas contesté par la recourante. En l'occurrence, il ressort du dossier que la recourante a toujours travaillé à temps partiel, à un taux qui n'a pas excédé 50%, et cela malgré le fait que les activités d'écrivaine et de promeneuse de chiens convenaient à son état de santé, selon les propres déclarations de l'intéressée et les conclusions du Dr H_____. En concubinage depuis une quinzaine d'années, l'intéressée s'est séparée en 2014. Pourtant, malgré ce changement majeur dans sa situation personnelle, l'assurée n'a pas augmenté son taux d'activité, à l'époque de 20%. De plus, en mars 2016, l'assurée s'est inscrite au chômage, indiquant rechercher une activité à 25%. Compte tenu de ces éléments, c'est donc à bon droit que l'intimé a retenu un statut mixte, réparti à hauteur de 20% dans l'activité professionnelle et de 80% dans la sphère ménagère. S'agissant de l'enquête économique sur le ménage du 11 avril 2015, elle a été élaborée par une enquêtrice qualifiée qui s'est déplacée au domicile de la recourante, qui s'est entretenue avec cette dernière et en présence de sa colocataire, qui avait connaissance des empêchements et des handicaps

résultant des diagnostics médicaux, et qui a retranscrit les déclarations de la recourante. Les conclusions de l'enquêtrice, notamment s'agissant des taux d'empêchement dans les différentes tâches ménagères, apparaissent comme plausibles compte tenu de la situation et sont motivées et rédigées de manière satisfaisante. Sur ce point, il convient de relever que les taux d'empêchement retenus ne peuvent pas être remis en cause par le rapport du 17 février 2017 de la Dresse F_____, ce médecin ne motivant et ne détaillant pas le taux d'empêchement de 50% retenu dans les travaux ménagers. Dès lors, il n'y aurait pas lieu de s'écarter de l'enquête économique sur le ménage s'agissant des taux d'empêchement dans les différentes tâches. Cela étant, le fait qu'une exigibilité soit retenue à l'égard de la colocataire de la recourante peut apparaître critiquable, dans la mesure où ladite colocataire n'est pas un membre de la famille de l'intéressée ou sa concubine. Dès lors, il est contestable qu'une exigibilité soit retenue la concernant, à tout le moins dans les proportions retenues par l'enquêtrice. Cela étant, cette question peut demeurer ouverte puisque même s'il fallait ne tenir compte d'aucune exigibilité de la part de la colocataire, le taux d'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère serait de 46.40% et son degré d'invalidité total de 37% (80% de 46.40%), de sorte que le seuil nécessaire à l'octroi d'une rente d'invalidité ne serait dans tous les cas pas atteint (cf. consid. 13). 11. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).>![endif]>![if> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 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 125 V 351 consid. 3b/bb). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). 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 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).>[endif]>[if> 13. En l'espèce, l'intimé considère que la recourante présente une capacité de travail de 100% dans son activité habituelle, ainsi que dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, de sorte que son degré d'invalidité dans la sphère professionnelle est nul. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde sur l'expertise du Dr H_____, ainsi que sur le rapport du SMR du 20 décembre 2016 basé sur ladite expertise.>[endif]>[if> Quant à la recourante, s'appuyant sur les rapports des Drs F_____ et J_____, elle estime que sa capacité de travail est de 50%, tant dans son activité habituelle que dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En l'occurrence, le Dr H_____ a considéré qu'en raison de ses atteintes au niveau du dos, la recourante présentait des limitations fonctionnelles, soit la nécessité d'éviter de soulever, porter,

pousser et tirer de façon répétitive ou fréquente des charges de plus de cinq kilogrammes, de marcher longtemps, de garder la même posture (debout ou assis) plus de trente ou soixante minutes, de travailler dans une position instable (échafaudages, échelles et escaliers), et d'effectuer des mouvements répétitifs des membres inférieurs (machine à commande à pied). Les activités habituelles d'écrivaine et de promeneuse de chiens étaient compatibles avec ces limitations de sorte que la capacité de travail était de 100% dans chacune des activités habituelles et dans une activité adaptée auxdites limitations. Cette expertise est fondée sur une étude du dossier et un examen clinique de la recourante. Le Dr H_____ a rappelé le contexte et le but de l'expertise, résumé les extraits pertinents du dossier, exposé l'anamnèse et les plaintes de la recourante, discuté les conclusions de la Dresse F_____ et fait part de ses constatations objectives avant de donner ses conclusions. Les diagnostics retenus sont clairs et leurs conséquences ou non sur la capacité de travail sont motivées de manière complète et convaincante. Dès lors, la valeur probante de cette expertise doit être reconnue. Certes, la recourante oppose-t-elle à l'expertise le fait que les Drs K_____ et J_____ ont des conclusions divergentes par rapport à sa capacité de travail. Cela étant, la recourante n'explique pas en quoi le Dr H_____ ferait fausse route et ne critique pas concrètement son expertise ni son analyse du cas. En réalité, l'intéressée se contente de substituer l'appréciation des Drs K_____ et J_____ à celle du Dr H_____, ce qui ne saurait être suffisant pour s'écarter des conclusions de ce dernier. En effet, lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En tout état de cause, force est de constater que les rapports des Drs K_____ et J_____ ne peuvent se voir reconnaître une quelconque valeur probante. En effet, outre le fait qu'ils ont été établis par des médecins traitants, à la demande de la recourante et postérieurement à la décision entreprise, ce dont il faut tenir compte, ils ne font état d'aucun élément objectif qui aurait été ignoré par le Dr H_____ dans son expertise. En outre, ces rapports sont entachés d'un défaut de motivation, les conclusions des Drs K_____ et J_____ ne faisant l'objet d'aucune explication. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a considéré que la recourante est capable de travailler à 100% dans chacune de ses activités habituelles et dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sur la base de l'expertise du Dr H_____. Compte tenu du fait que la recourante est capable de travailler à plein temps dans ses activités habituelles d'écrivaine et/ou de promeneuse de chiens, elle ne subit aucune incapacité de gain sur le plan professionnel et ne nécessite la mise en place d'aucune mesure professionnelle. Le degré d'invalidité résultant de la sphère ménagère n'étant dans tous les cas pas suffisant pour ouvrir à lui seul un droit à une rente (cf. consid. 10), les griefs de la recourante doivent être écartés. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.!

[endif]>![if> Etant donné que Depuis le 1 er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.* Le recourant étant cependant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 CRFPA-E 5 10.03J), il convient de renoncer à la perception d'un émolument. *Rectification d'une erreur matérielle (art. 85 LPA) le 12 juillet 2018/TOD/ipo 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.