

GE_GERICHTE A/783/2015 vom 10. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_783_2015

FR: GE_GERICHTE A/783/2015 du 10 mai 2016

IT: GE_GERICHTE A/783/2015 del 10 maggio 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à AVUGNENS, FESSY, France 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 ou la recourante), est née le _____ 1963, mariée depuis le 10 avril 1992, sans enfant. Après sa scolarité, elle a obtenu le certificat de l'École suisse pour restaurateurs et hôteliers au terme d'une formation d'une année à l'École hôtelière, en 1983, puis le certificat d'aptitude à l'enseignement secondaire en économie familiale et alimentation, en 1988. Elle a enseigné cette discipline-ci à l'école secondaire de 1983 à 2000, à 80 % ou 100 % en fonction du nombre d'heures d'enseignement disponibles, diminuant volontairement son taux d'activité à 80% dès septembre 1996 parce que – indique-t-elle – elle était trop souvent absente pour des raisons de santé. De septembre 2000 à août 2002, elle a pris – pour des raisons de santé, précise-t-elle – deux années de congé sabbatique, durant lesquelles elle a gardé bénévolement les enfants de sa sœur – pour « rester active et voir ses limites », explique-t-elle. D'octobre 2003 à avril 2006, elle a travaillé à environ 80 % dans le magasin d'alimentation tenu par sa sœur et son beau-frère ; elle indique avoir été malade de novembre 2004 à mars 2005 et avoir bénéficié depuis avril 2005, en raisons de ses problèmes de santé, d'aménagements horaires lui facilitant l'accomplissement de son travail. De janvier à décembre 2006 (jusqu'en avril parallèlement à son emploi dans le magasin de sa sœur et son beau-frère), elle a travaillé comme remplaçante sur appel dans une crèche comme éducatrice du jeune enfant, à raison d'environ 24 heures par semaine (représentant un taux d'activité de 60 % par rapport à une semaine de 40 heures de travail). Elle a été engagée dans la même crèche dès janvier 2007 comme auxiliaire, à des taux, sans compter les heures de remplacement, respectivement de 50 % jusqu'en décembre 2009, puis de 80 % de janvier à juillet 2010, puis à nouveau à 50 % dès août 2010. Compte tenu des heures de remplacement qu'elle a effectuées, son taux d'activité effectif a été de l'ordre de 70 % en 2007, 62.5 % en 2008, 60 % en 2009 et 86 % de janvier à juillet 2010. Elle indique avoir eu, au total, trois semaines de congé maladie en 2007 (deux en février et une en juin), six en 2008 (un jour en janvier, deux jours en février, trois semaine et demi en mai et deux semaines en novembre), quatre en 2009 (une en février, une en avril et deux en novembre), quatre en 2010 (deux en mars à la suite d'un accident, une en mai et une en août). En 2011, toujours engagée à 50 % plus d'éventuelles heures de remplacement, elle a été en congé maladie dès le 24 janvier, sur la base d'un certificat d'incapacité de travail établi par son médecin traitant, le docteur B_____, généraliste. Elle a été licenciée le 15 juillet 2011 pour le 31 octobre 2011 en raison de ses absences à son poste de travail. Elle a perçu des indemnités journalières de l'assurance collective perte de gain de son employeur, AXA Winterthur Assurances, jusqu'au 22 janvier 2012. Elle n'a pas

repris d'activité lucrative depuis le 21 janvier 2011. 3. Selon des rapports des 3 mars et 20 avril 2011 du Dr B_____, l'assurée souffrait d'un état dépressif majeur, d'un burn out avec état d'épuisement, d'une décompensation diabétique avec passage à l'insuline et d'infections oto-rhino-laryngologiques et bronchiques à répétition. 4. Le 31 mai 2011, sur mandat de AXA Winterthur Assurances, le docteur C_____, psychiatre-psychothérapeute FMH auprès du Centre universitaire romand de médecine légale, a établi un rapport d'expertise psychiatrique concernant l'assurée. Cette dernière décrivait un sentiment de fatigue assez ancien, remontant au début des années 2000 et qui avait fortement augmenté au début de 2011, amenant à une réaction anxio-dépressive et à son arrêt de travail. Lors de l'expertise, elle ne faisait pas mention d'une tristesse pathologique ni d'une perturbation émotionnelle majeure, mais signalait simplement une baisse de moral en rapport avec un sentiment de fatigue chronique, qui n'était pas suffisant, chez une personne souffrant de diabète et d'autres pathologies somatiques, pour maintenir un diagnostic de trouble dépressif. Le diagnostic posé par l'expert C_____ était celui de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission. L'amélioration de l'état psychique de l'assurée et la quasi absence de trouble psychique résiduel permettaient d'envisager une reprise d'activité. L'incapacité de travail pouvait être considérée comme nulle sur le plan psychiatrique (une évaluation d'une éventuelle incapacité de travail pour raisons somatiques ne relevant pas de l'expertise). 5. Le 1^{er} septembre 2011, l'assurée a adressé à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations en raison de troubles endocriniens métaboliques, d'un diabète insulino-dépendant et de myalgie, atteintes à la santé étant apparues progressivement depuis 2005 et s'étant aggravées depuis l'automne 2010. 6. Dans un rapport à l'intention de l'OAI du 10 octobre 2011, le Dr B_____ a fait état, au titre de diagnostics avec effet sur la capacité de travail, d'un état anxio-dépressif récurrent (F32.1 et F06.4) depuis 2009 et d'un diabète insulino-dépendant depuis 2007, ainsi que, au titre de diagnostics sans effet sur la capacité de travail, d'une fatigue chronique depuis 2009 et de lombo-dorsalgies depuis 2007. Le pronostic était bon si l'assurée avait un travail et un horaire adaptés. Comme jardinière d'enfants, l'assurée présentait des tensions nerveuses et du stress, se manifestant par de la nervosité, des pleurs, un manque de patience et d'efficacité. Cette activité n'était plus exigible et des mesures médicales ne pouvaient pas réduire les restrictions liées à cette activité, mais on pouvait s'attendre à une reprise d'activité professionnelle dans une autre activité (n'impliquant pas d'être uniquement en position debout ou de marcher, ni d'être accroupie ou à genoux, ni de mouvements en rotation, ni de soulever des poids, ni de monter sur une échelle ou un échafaudage). Ses capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation n'étaient pas limitées, mais sa capacité de résistance l'était. 7. Le 25 janvier 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée, à titre de mesure d'intervention précoce, la prise en charge d'un cours d'informatique de cinq jours en mars 2012. 8. Le 26 juin 2012, lors d'un entretien d'évaluation à l'OAI, l'assurée a déclaré qu'elle avait réduit son taux de travail progressivement de 10 % à 80 % et à 50 % en raison de son état de santé depuis 2007. 9. Le 18 octobre 2012, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a estimé qu'il était nécessaire de soumettre l'assurée à une expertise pluridisciplinaire, dans les spécialités de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie, à confier à un centre de type COMAI à désigner via la plate-forme swissmed@P. L'OAI en a informé l'assurée par communication du 6 novembre 2012, lui indiquant les questions qui seraient posées aux experts, et il lui a

fait savoir, le 27 juin 2013, que l'expertise serait effectuée par le bureau d'expertises médicales (ci-après : BEM) de Vevey et confiée aux docteurs D_____ pour la médecine générale, E_____ pour la rhumatologie et F_____ pour la psychiatrie et psychothérapie, qui l'examineraient le 6 septembre 2013. L'assurée avait dix jours pour faire valoir d'éventuels motifs de récusation de ces experts.

10. a. Lesdits experts ont rendu leur rapport d'expertise de médecine interne, rhumatologique et psychiatrique le 18 décembre 2013, après avoir eu contact, par l'intermédiaire de la Dresse D_____, coordinatrice de l'expertise, avec le médecin traitant, l'ophtalmologue et le diabétologue de l'assurée (ce dernier, le docteur G_____, leur ayant remis au surplus un rapport le 26 novembre 2013) et après obtenu divers renseignements et documents médicaux concernant l'assurée (mammographies, échographies, radios de la colonne cervicale, de l'épaule gauche et de la colonne lombo-sacrée, des deux épaules, cone beam des sinus, rapports médicaux d'un spécialiste en oto-rhino-laryngologie).

b. Le rapport d'expertise relate l'anamnèse détaillée de l'assurée (de médecine interne et rhumatologie et psychiatrique), fait mention des plaintes et données subjectives de l'assurée, somatiques (sur les plans de la médecine générale et rhumatologiques) et psychiatriques (spontanées puis sur demande de façon systématique), consigne les constatations objectives faites par les experts (status de médecine interne et rhumatologique et status psychiatrique) et sur la base des examens radiologiques, comporte une discussion au plan somatique (synthèse des experts D_____ et E_____), au plan psychiatrique et entre les experts, énumère les diagnostics retenus, et apprécie leurs influences sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle.

c. Au titre des diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un diabète insulino-dépendant (E 12.9), une hypothyroïdie substituée (E 09.3), une spondylodiscarthrose débutante sans radiculopathie ni myélopathie (M 47.8), un épisode dépressif léger (F 32.0) et des troubles mixtes de la personnalité (F 61). Ils ont mentionné comme n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail une fibromyalgie secondaire (M 79.0), une obstruction nasale chronique sur déviation septale sévère gauche et hypertrophie du cornet moyen droit (J 34.8), une fistule oro-antrale au niveau de la dent 16 (K 04.6), une paradontose étendue (K 05.1), un glaucôme anamnestique (H 40.9), une furonculose récidivante secondaire des follicules sur rasage (L 02.9) et un status après incision d'un abcès vulvo-péritonéal gauche.

d. Sur le plan somatique, si 18 points sur 18 d'insertions étaient positifs pour une fibromyalgie, il fallait prendre le syndrome fibromyalgique avec circonspection concernant les douleurs de l'assurée, qui n'étaient pas typiques pour une pathologie spondylarthrosique, ni caractéristiques des douleurs inflammatoires et étaient permanentes, irréductibles avec un hiatus entre leur importance subjective et les constatations objectives. Une allodynie (c'est-à-dire une douleur déclenchée par un stimulus normalement indolore) diffuse était certes présente et dominait le tableau clinique, mais en présence d'une dysendocrinopathie thyroïdienne et d'un diabète insulino-dépendant, il fallait retenir une fibromyalgie non primaire mais secondaire aux comorbidités. L'altération du seuil de la douleur s'intégrait à un contexte de dépression chronique et de fragilité de la personnalité, et elle s'associait à des signes d'amplification avec une douleur chronique et de la fatigue sans altérations anatomiques et bio-mécaniques observées. Du point de vue somatique, la capacité de travail de l'assurée comme auxiliaire dans une crèche était totale pour autant que ses horaires soient réguliers et l'activité d'effort physique requises soit régulière (ce qu'exigeait le diabète dont souffrait l'assurée), de même comme enseignante et comme vendeuse (à la condition que cette dernière activité n'implique pas le port de charges supérieures à 5-8 kg de manière répétitive et à 10-15 kg

de manière occasionnelle). e. Sur le plan psychiatrique, trois choses étaient mises en évidence : un syndrome dépressif, une fragilité de la personnalité et des manifestations psychosomatiques diverses. Le syndrome dépressif existait depuis près de 25 ans, dans le sens d'une symptomatologie dépressive surtout subjective, sans syndrome somatique, sinon une tristesse affleurant facilement à l'évocation de certains événements pénibles ; il s'agissait d'un épisode dépressif léger. L'assurée présentait une fragilité structurelle de la personnalité depuis le début de l'âge adulte, se manifestant par une faiblesse de l'estime de soi, un attachement massif aux parents décédés l'un et l'autre à peu de mois d'intervalles avant leurs 50 ans, une dépendance par rapport à son mari, une difficulté répétée à gérer les stress relationnels, un perfectionnisme, un rapport particulier au corps ; le diagnostic retenu était celui de troubles mixtes de la personnalité. Les symptômes situés au premier plan du tableau clinique relevaient du registre psychosomatique, à savoir des douleurs multiples sans substrat organique, une fatigue massive, une attention particulière au corps, des manifestations corporelles diverses partiellement explicables par des atteintes objectives (symptômes digestifs, infectieux, oto-rhino-laryngologiques, bouffées de chaleur). Ces différentes manifestations psychosomatiques étaient englobées dans le diagnostic de fibromyalgie retenu par l'experte rhumatologue. Le trouble dépressif diminuait de manière modérée l'énergie disponible, la motivation, les capacités d'attention et de concentration ainsi que la capacité d'entreprendre et de se projeter dans l'avenir. Le trouble de la personnalité diminuait la capacité de gérer les stress, limitait l'autonomie et compliquait les relations interpersonnelles. Au total, le cumul des limitations fonctionnelles dues aux troubles psychiques justifiait une diminution durable de la capacité de travail de l'ordre de 40 %, de façon non liée à un contexte professionnel donné (si bien qu'il n'y avait pas d'indication pour des mesures de réadaptation professionnelle). Concernant les perspectives thérapeutiques, il fallait admettre que les problèmes de personnalité étaient par nature difficiles à traiter et réagissaient peu aux traitements, à l'instar des problèmes psychosomatiques, groupés dans l'expertise sous le « label de la fibromyalgie » ; même si l'assurée devait être encouragée à suivre une psychothérapie, force était de relever qu'un traitement médicamenteux ne produirait guère de résultat s'agissant du trouble dépressif léger, devenu chronique, comme de ses autres pathologies (trouble de la personnalité, troubles psychosomatiques). f. À propos du contexte médico-psycho-social de la fibromyalgie, les experts ont relevé, s'agissant de son intégration sociale, qu'elle était coupée du milieu professionnel mais bien intégrée dans son couple, avait des contacts réguliers avec sa sœur et avait un petit réseau d'amis. Les atteintes somatiques objectivables étaient d'une gravité modérée et le diabète en soi n'était pas incapacitant. Les comorbidités psychiatriques se présentaient sous la forme d'un trouble dépressif léger et d'un trouble de la personnalité, plus sérieux dès lors qu'il handicapait de manière significative sa vie relationnelle, en particulier dans le domaine professionnel ; l'un et l'autre, de même que la fatigue chronique, étaient apparus antérieurement au symptôme fibromyalgique et étaient indépendants de ce dernier. Les douleurs chroniques étaient attestées depuis 2005 et n'avaient pas répondu aux traitements prescrits conformément aux règles de l'art. L'état clinique apparaissait figé depuis plusieurs années, ce qui s'était traduit par des échecs professionnels répétés, mais cette situation était probablement davantage imputable au caractère structurel de la personnalité de l'assurée qu'à son trouble douloureux chronique. La conjonction de la fragilité de la personnalité et d'un trouble dépressif même léger contribuait à diminuer modérément sa capacité à faire face aux stress de toutes sortes, y compris les perceptions douloureuses. g. D'un commun accord, les trois experts estimaient

que l'assurée présentait une incapacité de travail de 40 %, principalement en raison de ses troubles psychiques, en particulier de sa pathologie de la personnalité, et que ses atteintes objectivables sur le plan somatique ne justifiaient pas une majoration de cette incapacité. Elle était capable de participer à un programme de réentraînement au travail, initialement sans exigence de rendement (au début 2 heures par jour et 4 jours par semaine, à augmenter progressivement) ; on pouvait attendre d'une participation à un tel programme une amélioration de la capacité de travail, sur le plan physique et sur le plan psychique, dans les limites de la capacité de travail de 60 %. Sur le plan psychique, les experts admettaient un état plus sévère que le Dr C_____ dans son expertise du 31 mai 2012, ce qui expliquait leur différence d'appréciation quant à la capacité de travail de l'assurée. 11. Le 15 mai 2014, l'OAI a établi un mandat d'enquête ménagère, en relevant que l'assurée avait un statut mixte comportant un 50 % d'activité professionnelle et que sa capacité de travail dans son activité habituelle comme dans toute activité adaptée était de 60 %. Si la conseillère en réadaptation avait indiqué que l'assurée avait réduit son taux d'activité progressivement de 100 % à 80 % et à 50 % en raison de son état de santé depuis 2007, une incapacité de travail dès janvier 2007 n'était pas fondée médicalement, d'après le SMR, si bien que l'assurée avait un statut « mixte à 50 %, à moins (qu'elle) puisse prouver le contraire sur la base de certificats médicaux ». 12. a. L'enquête économique sur le ménage a été effectuée au domicile de l'assurée, en présence du mari de cette dernière, le 13 juin 2014 par Madame H_____, infirmière du service externe de l'OAI, qui a établi son rapport le 16 juin 2014. b. Ladite enquêtrice a mentionné les diagnostics de trouble de la personnalité et de diabète insulino-dépendant. L'assurée lui avait dit qu'en bonne santé elle n'aurait pas diminué son temps de travail de 80 % à 50 % ; c'était en raison d'une fatigue importante qu'elle avait demandé à diminuer son temps de travail ; elle avait produit un décompte de salaire d'avril 2010, faisant état d'un taux d'activité de 80 %, et un avenant du 12 juillet 2010 à son contrat de travail faisant passer son taux d'activité et sa durée hebdomadaire à 20 heures par semaine, correspondant à un taux d'activité de 50 %, dès le 1^{er} août 2010. L'incapacité de travail de janvier 2007 n'était pas validée par le SMR. L'activité lucrative avait été de 80 % jusqu'en novembre 2007, puis le contrat avait été changé pour passer à un taux d'activité de 50 % pour des raisons de santé. L'assurée n'exerçait plus d'activité lucrative depuis le 24 janvier 2011 pour des raisons de santé. Son mari avait un emploi stable, exercé de 4h du matin à 13h de l'après-midi, pour un revenu mensuel de CHF 6'200.-. Les époux étaient propriétaires du chalet dans lequel ils vivaient à Lessy, vers Bon-en-Chablais (Haute-Savoie/France) ; ils n'avaient pas de loyer à payer, uniquement les charges. c. L'assurée présentait les empêchements et exigibilités suivants pour l'accomplissement des tâches ménagères :

	Champs d'activité	Pondé-ration	Empêche-ment brut	Exigi-bilité	Empêche-ment pertinent	Empêche-ment pondéré	Conduite
du ménage	5 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	Alimentation
	40 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %	Entretien du logement
	20 %	30 %	30 %	0 %	0 %	0 %	Emplettes et courses diverses
	10 %	30 %	30 %	0 %	0 %	0 %	Lessive et entretien des vêtements
	10 %	10 %	10 %	0 %	0 %	0 %	Soins aux enfants et aux autres membres de la famille
	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	Divers
	15 %	50 %	0 %	50 %	7.5 %	7.5 %	Totaux
	100 %	---	---	---	7.5 %	7.5 %	

Sans exigibilité, l'empêchement pondéré total serait de 21.5 %. Avec exigibilité, il était de 7.5 %. Le total de l'exigibilité retenue à la charge du mari de l'assurée était de 14 %. 13. Le 30 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant toute rente d'invalidité et toute mesure professionnelle. Sans atteinte à la santé, elle continuerait à exercer son activité d'éducatrice du jeune enfant dans une crèche à un taux de 50 % et consacrerait les 50 % restants à la tenue de son ménage. Elle avait une

incapacité de travail de 40 % depuis octobre 2011, donc une capacité de travail de 60 % tant dans son domaine d'activité habituelle que dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles. Aussi sa capacité de travail était-elle totale pour un taux d'activité de 50 % et ne présentait-elle pas de perte de gain. Dans sa sphère ménagère, son empêchement était de 7.5 %. Son invalidité totale était ainsi de 3.75 %. Elle n'avait pas de droit à une rente d'invalidité, et des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées puisqu'elle pouvait exercer son activité professionnelle à un taux de 50 %.

14. Par téléphone du 7 juillet 2014, l'assurée a fait part à l'OAI de son opposition à ce projet de décision. Elle avait travaillé en 2007 à un taux de 80 %, et antérieurement toujours à plein temps et avait réduit son taux d'activité progressivement pour des raisons de santé. Elle allait consulter son médecin pour apporter des arguments nouveaux.

Le même jour, elle a demandé par écrit à l'OAI de transmettre une copie de son dossier au Dr B_____.

15. Par courrier du 19 septembre 2014, revendiquant connaître l'assurée et son parcours médical mieux que n'importe quel expert en tant que son médecin traitant depuis 1989, le Dr B_____ a indiqué à l'OAI que les experts du BEM de Vevey avaient « saucissonné les différentes affections » de l'assurée et que chacun « y (était) allé de ses appréciations sans tenir compte de la globalité ». Ils avaient ignoré les difficultés que posait une insulino-dépendance dans le cadre d'une activité professionnelle surtout lorsque la glycémie était souvent dangereusement fluctuante avec, à la clé, de fréquents malaises malgré la discipline de l'assurée et le suivi du diabétologue. Ils n'avaient pas tenu compte des deux à trois épisodes de furonculose à staphylocoques dorés aggravés par le diabète que l'assurée faisait par année, au niveau anal, vulvaire, inguinal et surtout dentaire, impliquant chaque fois de lourds et longs traitements aux antibiotiques qui épuisaient l'assurée. Ils avaient sous-estimé l'effet de ces problèmes de santé et limitations fonctionnelles sur l'équilibre psycho-affectif de l'assurée, qui avait développé un état anxio-dépressif certes maîtrisé par des anti-dépresseurs, qui ne résolvaient cependant pas sa vulnérabilité. L'OAI avait en outre – élément central du « recours » de l'assurée – commis la grossière erreur de retenir que, sans atteinte à la santé, l'assurée continuerait à exercer son activité d'éducatrice du jeune enfant dans une crèche à 50 %, alors qu'elle était en incapacité totale de travailler depuis le 24 janvier 2011 et que son état de santé s'était progressivement dégradé à partir de 1997, se trouvant en arrêt de travail pour atteindre, en semaines cumulées, jusqu'à deux ou trois mois par année et qu'elle avait même pris deux années sabbatiques entre 2001 et 2002 sans que les effets positifs escomptés pour son état de santé se produisent.

16. Par avis médical du 11 décembre 2014, la docteure I_____, médecin auprès du SMR, a indiqué que le projet précité de décision de l'OAI reposait sur les conclusions du rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 décembre 2013 et que le rapport du Dr B_____ du 19 septembre 2014 ne contenait pas d'éléments médicaux susceptibles de modifier la position de l'OAI.

17. Le 12 février 2015, l'OAI a adressé à l'assurée une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, dans les termes et avec la motivation contenus dans son projet de décision précité du 30 juin 2014.

18. Par acte du 6 mars 2015, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice. Elle disait regretter de n'avoir pas déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité dès le début de la dégradation de sa santé mentale et physique, remontant aux décès successifs de ses parents et aux soucis s'en étant suivis (problèmes administratifs, succession de la maison familiale, prise en charge de sa petite sœur, conjointement à sa vie professionnelle). Elle avait adapté sa cadence professionnelle à ses conditions de santé, en pensant que cela résoudrait ses

problèmes de santé, ce qui n'avait pas été le cas. Son diabète ne se stabilisait pas, du fait de ses infections (abcès, furoncles, rhume, grippe, gastro, sinusite), ses états de fatigue (lors de toute forme de stress, courses, ménage, repas, démarches administratives, allergies, rhume des foins, intolérance au lactose, mycoses diverses) et contrariétés (problèmes administratifs, soucis avec l'AI, maladie d'un proche ou de son chien, décès ou peur d'un décès, du cancer). Cela entraînait des tremblements, des vertiges, des jambes en caoutchouc, de la nervosité, une incapacité de conduire ou de faire quoi que ce soit, car elle était totalement déconcentrée, épuisée et vidée de toute énergie. Les fluctuations du diabète, de la fibromyalgie, de l'hypothyroïdie, le dérèglement hormonal, les infections et le mauvais sommeil influençaient sa fatigue et son moral, et il en résultait de longues périodes de dépression et une faible tolérance aux agressions externes (bruit, foule), malgré la médication prise avec régularité. Elle perdait la mémoire. Elle devait journalièrement s'organiser en fonction de ses douleurs ou de ses capacités. Elle n'était plus apte à exercer une quelconque activité professionnelle. Elle souhaitait être entendue. Ses empêchements dans l'accomplissement de ses tâches ménagères avaient été nettement sous-estimés.

19. Répondant au recours le 7 avril 2015, l'OAI s'est référé au dossier et à la motivation de la décision attaquée. Les éléments que l'assurée faisait valoir à l'appui de son recours ne permettaient pas de faire une appréciation différente de son cas. Le recours devait être rejeté.

20. Dans une réplique du 11 mai 2015, faite après avoir consulté le dossier de la cause, l'assurée a indiqué que certaines des pièces de ce dossier lui avaient été jusque-là inconnues et qu'il y manquait deux rapports de son médecin traitant. Elle a produit quelques pièces (dont deux rapports du Dr B _____, respectivement des 3 mars et 10 octobre 2011). Elle s'est référée au rapport du 19 septembre 2014 par lequel son médecin traitant avait manifesté l'incompréhension que le rapport des experts avait suscitée en lui. Le burn out qu'elle avait subi en 2011 avait mis en lumière tous ses soucis de santé, qui, si le burn out lui-même était passé, subsistaient tous, majorés. Rien ne lui avait été proposé, sinon un cours d'informatique. L'OAI n'avait aucune idée de ce qu'elle vivait chaque jour. Elle s'étonnait qu'on ne reconnaisse pas en Suisse la fibromyalgie comme une maladie, dont la Dre D _____ avait admis qu'elle était atteinte. Il y avait en plus tous ses autres problèmes de santé. Il n'était pas imaginable qu'elle se retrouve dans le milieu du travail alors que chaque jour, elle ne savait pas comment sa journée allait se dérouler.

21. Le 27 mai 2015, l'OAI a indiqué que le courrier précité du 11 mai 2015 de l'assurée et ses annexes n'appelaient pas de commentaires particuliers de sa part, en précisant qu'il avait déjà examiné les pièces qu'elle a produites. Il maintenait ses conclusions.

22. Le 28 juillet 2015, la chambre des assurances sociales a invité l'OAI à se déterminer sur l'applicabilité et le cas échéant l'application au cas de l'assurée de la nouvelle jurisprudence que le Tribunal fédéral avait rendue le 3 juin 2015 concernant les troubles somatoformes douloureux et les affections psychosomatiques.

23. Par courrier du 3 août 2015, l'assurée a relevé spontanément que cette nouvelle jurisprudence reconnaissait enfin la fibromyalgie comme un état pouvant justifier une invalidité. Cela faisait cinq ans qu'elle était en incapacité de travail. Les éléments de son dossier n'avaient pas tous été estimés à leur juste valeur.

24. Par courrier du 17 août 2015, l'OAI a contesté l'applicabilité de la nouvelle jurisprudence précitée du Tribunal fédéral dans le cas d'espèce, dès lors que la décision avait déjà été rendue. Les règles applicables étaient celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants s'étaient produits. Un changement de jurisprudence ne constituait un motif ni de révision ni de reconsidération et ne déployait ses effets que pour

l'avenir. Le principe de la non-rétroactivité faisait obstacle à l'application des règles se dégageant de l'arrêt considéré du Tribunal fédéral. [endif]>[if> 25. Par courrier du 5 septembre 2015, l'assurée a contesté le point de vue de l'OAI. Sa fibromyalgie était là depuis de nombreuses années, sans jamais avoir été reconnue par l'assurance-invalidité. Il fallait rouvrir son dossier pour qu'il ne soit tenu compte. [endif]>[if> 26. La chambre des assurances sociales a transmis une copie de ce courrier à l'OAI, et a gardé la cause à juger. [endif]>[if> EN DROIT 1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI. [endif]>[if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). [endif]>[if> Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1 er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1 er janvier 2004 et 1 er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. [endif]>[if> b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales.

L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA , cf. aussi consid. 8b). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss). 4. Le présent recours porte sur le point de savoir quel taux d'activité professionnelle la recourante aurait à défaut d'atteinte à la santé, et donc sur son statut, et sur la répercussion de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail et de gain, donc sur le principe et le degré de son invalidité. 5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la

tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA). La part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels s'établit 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, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a). 6. a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que 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, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). ![[endif]]>![if> La

question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, avant même qu'une enquête économique sur le ménage de la recourante ne soit effectuée, l'intimé a retenu que cette dernière avait un statut mixte constitué d'une sphère professionnelle de 50 % et, partant, d'une sphère ménagère de 50 %, nonobstant le fait que la recourante avait toujours déclaré qu'elle avait réduit progressivement son taux d'activité pour des raisons de santé. Il s'est fondé sur l'avis de son SMR qu'une incapacité de travail de la recourante dès janvier 2007 n'était pas fondée médicalement. Le dossier ne comporte certes pas de certificats d'incapacité de travail antérieurs à janvier 2011. Cependant, pour exclure que, dès 2011 ou les années subséquentes, la recourante aurait travaillé, en l'absence d'atteinte à la santé, à un taux supérieur à 50 %, il ne saurait suffire de lui opposer un manque de preuves formelles d'un état de santé objectivement déficient antérieurement à ces années, d'autant plus que la recourante explique en l'espèce pourquoi elle n'a pas toujours travaillé à 100 %, respectivement a baissé ses taux d'activité, par des considérations trouvant appui dans le dossier et apparaissant au surplus vraisemblables selon l'expérience générale de la vie. Il résulte en effet du dossier, de façon en outre des plus plausible, d'une part qu'il n'y a pas toujours eu pour la recourante un nombre d'heures de travail suffisant pour justifier un emploi à plein temps (que ce soit dans l'enseignement en matière d'économie familiale et alimentation, dans le magasin d'alimentation de sa sœur et son beau-frère, ou comme éducatrice du jeune enfant en crèche), et d'autre part que la recourante a rencontré ou à tout le moins ressenti des problèmes de santé depuis 1997 et qu'en réduisant ses taux d'activité elle a pensé pouvoir préserver une certaine capacité de gain, limiter ses absences pour raisons de santé à ses postes de travail successifs et éviter à ses employeurs les inconvénients liés à ses absences et à elle-même le risque d'être finalement licenciée. Ces explications sont rendues hautement vraisemblables au vu notamment des rapports des 10 octobre 2011 et 19 septembre 2014 de son médecin traitant la suivant depuis 1989 et du rapport d'expertise du BEM de Vevey du 18 décembre 2013, de même que des relevés, crédibles, que la recourante a faits mois par mois de ses activités professionnelles, avec l'indication de ses taux d'activité successifs, des explications des fluctuations de ces derniers et de ses jours ou semaines de maladie. Il n'est pas déterminant que la recourante ait pu se permettre de ne pas forcément disposer d'un revenu à plein temps du fait que son mari réalisait un revenu suffisant pour faire face aux dépenses courantes de la vie et que le couple était sans enfant et n'avait pas de loyer mais seulement des charges (au demeurant pas chiffrées) à assumer, étant devenu propriétaire du chalet des parents décédés de la recourante et y habitant. Du fait de sa double formation de restauratrice et hôtelière et d'enseignante, ainsi que de l'absence de contraintes liées à l'éducation d'enfant, de son affection pour les enfants (non concrétisée par une maternité souhaitée), de son âge (à savoir 48 ans lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance-invalidité), d'un légitime souhait de disposer de davantage de moyens financiers, la recourante était naturellement encline à exercer une activité lucrative – en particulier celle d'éducatrice du jeune enfant en crèche – à un taux supérieur à 50 %. Son parcours professionnel effectif a d'ailleurs comporté globalement des taux d'activité supérieur à 50 %, à savoir de 100 % ou 80 % dans l'enseignement, de 80 % dans le magasin d'alimentation de sa sœur et son

beau-frère, ainsi que, comme éducatrice du jeune enfant en crèche (d'abord comme remplaçante sur appel, puis comme auxiliaire et au besoin remplaçante), 60 % en 2006, 70 % en 2007, 62.5 % en 2008, 60 % en 2009 et 86 % de janvier à juillet 2010. c. Le taux de 50 % attribué par l'intimé à la sphère professionnelle de la recourante est insuffisant. La chambre de céans estime qu'en termes de vraisemblance prépondérante, à défaut d'atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à un taux supérieur à un mi-temps, mais qu'il relève de la simple possibilité (et non de la vraisemblance prépondérante) que ce taux d'activité aurait été de 100 %. Au regard des circonstances du cas d'espèce, le passage de la vraisemblance prépondérante à la simple possibilité se situe vers un 80 %. Comme l'intimé l'a retenu à juste titre sur le plan du principe, la recourante doit se voir attribuer un statut mixte, mais les parts des sphères professionnelle et ménagère doivent être fixées à respectivement 80 % et 20 %. Certes, s'il fallait s'en tenir aux taux d'incapacité de gain dans la sphère professionnelle et d'empêchement dans la sphère ménagère retenus en l'espèce par l'intimé, de respectivement 40 % et 7.5 %, la recourante n'en aurait pas pour autant droit à une rente d'invalidité, dès lors que son taux d'invalidité pertinent serait de 33.5 % (à savoir 32 % [= 80 % x 40 %] + 1.5 % [= 20 % x 7.5 %]), arrondi à 34 % et que le taux d'invalidité minimal requis pour l'obtention d'une rente d'invalidité (un quart de rente) est de 40 % (art. 28 al. 2 LAI). Elle disposerait néanmoins d'un intérêt digne de protection suffisant à l'admission partielle de son recours et à la modification de la décision attaquée, ne serait-ce que dans la perspective éventuelle future d'une aggravation de son état de santé. 7. a. Concernant la sphère ménagère de la recourante. il sied de rappeler qu'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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). ![/endif]>![if> Par ailleurs, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante ; ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de

faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03).

b. En l'espèce – en plus de la question, déjà tranchée, de son taux d'activité professionnelle en l'absence d'atteinte à la santé –, la recourante conteste, il est vrai de façon peu motivée, que ses empêchements dans sa sphère ménagère ne seraient que de 7.5 %. b/aa. Quand bien même la recourante ne remet pas ce point explicitement en question, il appert que, sauf pour les activités regroupées sous la rubrique « Divers » des tâches ménagères (comprenant les soins infirmiers, l'entretien des plantes et du jardin, la garde d'animaux domestiques, la confection de vêtements. des activités d'utilité publique, la formation complémentaire, la création artistique), l'intégralité de ses empêchements se trouve compensée par l'exigibilité mise à la charge du mari de cette dernière. L'aide susceptible d'être exigée de membres de la famille, en particulier d'un conjoint, va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé ; il faut se demander comment se comporterait une famille (ou un époux) raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée, mais il faut aussi veiller à ce que, au vu de l'ensemble des circonstances, la charge ainsi répercutée sur les membres de la famille (notamment le conjoint) ne soit pas excessive (arrêt du Tribunal fédéral 9C_78572014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, p. 578 s, n. 2157 s.). En l'occurrence, l'intimé ne s'est pas enquis des conséquences que l'horaire de travail particulier du mari de la recourante (de 3h du matin à 13 h de l'après-midi) avait pour celui-ci, notamment pour l'aménagement de plages de repos suffisantes. Il est vrai cependant que le total de l'exigibilité retenue, pondérée au regard de l'importance respective des activités considérées, n'apparaît pas excessive, puisqu'elle est de 14 %. b/bb. La pondération de chacune des activités formant les tâches ménagères de la recourante ne procède pas d'une appréciation que la chambre de céans aurait des motifs suffisants de ne pas retenir. b/cc. Il n'en demeure pas moins qu'en l'occurrence, faute du moins d'avoir été soumis à l'appréciation des experts médecins (en particulier de l'expert psychiatre), la force probante du rapport de l'enquête économique faite sur le ménage de la recourante se trouve amoindrie d'une part par le fait que ses problèmes de santé, qui ont certes aussi une dimension somatique, relèvent principalement du registre psychiatrique, et d'autre part qu'il n'a pas été apprécié si et dans quelle mesure la fibromyalgie dont elle souffrait de façon reconnue par l'experte rhumatologue était surmontable par un effort de volonté raisonnable, autrement dit était cause d'incapacité de gain et d'accomplissement des tâches ménagères, au regard de la grille d'évaluation établie récemment par le Tribunal fédéral. Il sied en effet de rappeler que l'enquête économique sur le ménage n'est pas propre (du moins sans le

complément précité) à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Or, si une autre appréciation de l'impact de la fibromyalgie de la recourante devait être faite, c'est non seulement l'appréciation de son taux d'incapacité de gain qui devait être revue (donc pour sa sphère professionnelle), mais aussi, possiblement, de sa capacité d'accomplir ses tâches ménagères. Aussi s'impose-t-il de laisser ici ouverte – du moins à ce stade – la question de savoir si le 7.5 % de taux d'empêchement retenu par l'intimé peut être retenu, au demeurant non sans mentionner que l'appréciation des taux de pondération et d'empêchement propres aux activités formant les tâches ménagères peut aussi être influencée par le taux de la sphère ménagère, en l'occurrence de 20 % et non de 50 %, moins de temps disponible étant laissé à la recourante pour accomplir lesdites tâches.

8. a. Concernant la sphère professionnelle, l'intimé a retenu que la capacité de travail et de gain de la recourante était de 60 %, taux que cette dernière conteste. [endif]>![if> b. Pour déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé de la recourante affectent la capacité de travail et de gain de cette dernière, il faut en premier lieu se référer aux avis et rapports émis à ce propos par les spécialistes. Il incombe à l'administration et, sur recours, au juge d'apprécier les preuves librement (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), étant cependant précisé que la jurisprudence a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte

l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). b/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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. À 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 9. a. En l'espèce, le rapport d'expertise du 18 décembre 2013 du BEM de Vevey émane de trois médecins spécialistes, pour deux d'entre eux en médecine interne et en rhumatologie et pour le troisième en psychiatrie et psychothérapie, soit dans trois disciplines médicales dont il n'est pas contestable ni contesté qu'elles sont celles qui doivent permettre d'appréhender l'entier de la situation de la recourante. Cette dernière n'a fait valoir aucun motif de récuser lesdits experts, et elle n'a pas proposé de questions à leur poser en complément à celles de l'intimé. b. D'un point de vue formel, ledit rapport apparaît complet. En effet, il relate l'anamnèse détaillée de l'assurée (de médecine interne et rhumatologie et psychiatrique), fait mention des plaintes et données subjectives de l'assurée, somatiques (sur les plans de la médecine

générale et rhumatologiques) et psychiatriques (spontanées puis sur demande de façon systématique), consigne les constatations objectives faites par les experts (status de médecine interne et rhumatologique et status psychiatrique) et sur la base des examens radiologiques, comporte une discussion au plan somatique, au plan psychiatrique et entre les experts, énumère les diagnostics retenus, et apprécie leurs influences sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle. Ce faisant, il répond aux questions posées par le mandat d'expertise. c. D'un point de vue matériel – sous la réserve reprise plus loin du traitement de la fibromyalgie de la recourante –, les experts ont effectué les examens et ont obtenu les renseignements et documents médicaux pertinents concernant la recourante, et ils ont procédé, tant individuellement que de façon concertée, à une discussion approfondie de son cas. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'une part, sur le plan somatique, un diabète insulino-dépendant, une hypothyroïdie substituée et une spondylodiscarthrose débutante sans radiculopathie ni myélopathie, et, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger et des troubles mixtes de la personnalité. Leurs conclusions que ces affections somatiques n'impliquaient pas en elles-mêmes une incapacité de travail mais des limitations fonctionnelles au demeurant limitées (à savoir des horaires réguliers et l'absence de charges à porter supérieures à 5-8 kg de manière répétitive et de 10-15 kg de manière occasionnelle) apparaissent d'autant moins contestables que le diabétologue de la recourante a indiqué à l'experte coordinatrice de l'expertise que le diabète de la recourante ne justifiait pas d'incapacité de travail. La recourante n'a d'ailleurs pas produit de rapports médicaux remettant ces conclusions en question, sinon celui du 19 septembre 2014 de son médecin traitant, selon lequel les difficultés que posait l'insulino-dépendance de la recourante étaient sous-estimées. Sur ce point, l'avis du médecin traitant ne peut se voir reconnaître une force probante suffisante pour mettre en doute l'appréciation des experts, conforté – comme déjà dit – par celle du médecin traitant spécialiste du problème diabétique de la recourante, au surplus d'autant plus que pour réelles qu'elles soient, les difficultés inhérentes à une insulino-dépendance n'apparaissent généralement pas incapacitantes. On ne voit pas non plus que les experts auraient émis une appréciation non fondée en retenant que les autres diagnostics posés concernant des affections physiques – à savoir une obstruction nasale chronique sur déviation septale sévère gauche et hypertrophie du cornet moyen droit, une fistule oro-antrale au niveau de la dent 16, une paradontose étendue, un glaucôme anamnestique, une furonculose récidivante secondaire des follicules sur rasage et un status après incision d'un abcès vulvo-péritonéal gauche – n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la furonculose, la critique avancée par le médecin traitant de la recourante que les experts ont eu tort de ne pas lui reconnaître un caractère incapacitant est d'autant moins convaincante que cette affection apparaît liée à un épilage méthodique, fréquent et trop poussé laissant des cicatrices au niveau du pubis, des plis de l'aîne et du pli inter-fessier avec follicule, effectué au surplus sans prendre toutes précautions nécessaires. Sous la réserve déjà annoncée et reprise plus loin concernant la fibromyalgie, les conclusions arrêtées par les experts pour les affections psychiatriques de la recourante sont elles aussi motivées sérieusement. Les experts les ont identifiées différemment et estimées plus sévères que le Dr C _____ ne l'avait fait dans son expertise du 31 mai 2011. Même le médecin traitant de la recourante n'amène pas d'argument rendant vraisemblable que cette dernière aurait un état dépressif et/ou d'autres affections psychiques d'une gravité supérieure à celle qui sous-tend les diagnostics posés d'épisode dépressif léger et de troubles mixtes de la personnalité, étant rappelé que si le Dr B _____, au demeurant non psychiatre, a évoqué, en

2011, un état dépressif majeur et un burn out, cet état dépressif était maîtrisé et le burn out dépassé, en 2014, et que le Dr C_____, dans son expertise précitée, avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission. 10. a. Les expert rhumatologues ont retenu que la recourante présentait 18 points sur 18 parlant en faveur d'une fibromyalgie, mais ils ont estimé que cette dernière n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ils sont parvenus à cette conclusion pour l'essentiel en appliquant les critères jurisprudentiels prévalant au moment où ils ont rendu leur rapport d'expertise, fondés sur la présomption qu'à l'égal des troubles somatoformes douloureux, auxquels elle est assimilée (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1), la fibromyalgie représentait une affection objectivement surmontable par un effort de volonté raisonnable et n'était donc en soi en principe pas invalidante. L'intimé a repris ce point de vue. b. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. b/aa. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux (en l'espèce de la fibromyalgie) avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales. Il y a lieu également de recenser et évaluer ses ressources mobilisables. b/bb. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si ce dernier est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant

si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. c. Contrairement à l'avis de l'intimé sur ce point, la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée. Sans doute un changement de jurisprudence n'est-il un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie-t-il, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 141 V 39 consid. 5 ; 119 V 413 consid. 3a et les références). Il ne s'agit toutefois pas ici de réviser ou reconsidérer une décision entrée en force, mais d'appliquer la nouvelle jurisprudence à un cas non tranché définitivement du fait qu'un recours a été interjeté en temps utile contre la décision rendue. 11. a. En l'espèce, quoique 18 points sur 18 en faveur d'une fibromyalgie ont été recensés par l'experte rhumatologue, les experts apparaissent n'avoir guère reconnu de gravité à cette pathologie, par définition sans substrat organique, en considération du fait à cet égard non pertinent qu'elle était secondaire aux co-morbidités de la recourante. Il importe que les interactions entre les différentes affections dont souffre la recourante sur les plans somatique et psychique soient mieux appréhendées et que sa fibromyalgie, évaluée à son juste poids, s'intègre dans une approche globale de ses pathologies, notamment comme facteur d'affaiblissement de ses ressources, à évaluer par ailleurs plus attentivement. À ce dernier égard – et d'autant plus qu'à défaut d'atteintes à la santé, la recourante travaillerait à 80 % (et non à 50 %) et donc qu'on ne saurait lui objecter que tant qu'elle a une capacité de travail de 50 %, elle n'a aucune incapacité de gain et qu'il n'y a pas lieu d'évoquer des mesures d'ordre professionnel –, il faut clarifier la question (voire dissiper la contradiction paraissant l'entourer dans le rapport d'expertise) d'un accroissement de ressources que la recourante pourrait tirer d'un programme de réentraînement au travail, voire de mesures de réadaptation professionnelle. Il s'agit aussi de pousser plus loin l'examen de cohérence des indicateurs déduits de la « gravité fonctionnelle » au regard de ceux liés au comportement de la recourante dans les divers domaines de sa vie, y compris de ses travaux habituels (autrement dits de ses tâches ménagères). Il s'impose donc que l'expertise pluridisciplinaire ayant servi de base à la prise de la décision attaquée soit complétée dans ce sens. b. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour mise en œuvre d'un complément d'expertise est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise administrative ou de demander un complément à l'expert, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). En l'occurrence, rien n'apparaît s'opposer à ce que les experts du BEM de Vevey ayant rendu le rapport d'expertise précité soient appelés à compléter leur appréciation de ce cas, et au besoin leurs investigations, dès lors qu'ils n'ont pas manifesté de prévention à l'endroit de la recourante et qu'ils ne pouvaient anticiper le changement de jurisprudence fondant la position qu'adopte la chambre de céans. L'intimé reste néanmoins libre de mandater d'autres experts s'il l'estime plus opportun. 12. Le recours doit donc être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.-

(art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). * * * * * PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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