

NE_GERICHTE CDP.2022.233 vom 22. August 2023

NE Tribunal cantonal, 2023-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2022.233

FR: NE_GERICHTE CDP.2022.233 du 22 août 2023

IT: NE_GERICHTE CDP.2022.233 del 22 agosto 2023

Erwägungen

E. 1

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

E. 2

Dans le cadre du « développement continu de l'AI », notamment la LAI, le RAI et la LPGA ont été modifiés avec effet au 1^{er} janvier 2022 (RO 2021 705 ; FF 2017 2535). Compte tenu du principe de droit intertemporel selon lequel les dispositions légales applicables sont celles qui étaient en vigueur à l'époque à laquelle les faits juridiquement déterminants se sont produits (à cet égard, cf. notamment ATF 129 V 354 cons. 1), le droit applicable en l'espèce demeure celui qui était en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021 dès lors que les faits sur lesquels se fonde la demande de rente sont antérieurs à cette date (ATF 144 V 210 cons. 4.3.1 et les réf. citées).

E. 3

En vertu de l'article 4 al. 1 LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Selon l'article 8 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). En vertu de l'article 7 al. 1 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, 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. 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). L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. Un taux d'invalidité de 40 % au moins donne droit à un quart de rente, un taux d'invalidité de 50 % au moins à une demi-rente, un taux de 60 % au moins à trois quarts de rente et un taux de 70 % au moins à une rente entière (art. 28 al. 2 LAI).

E. 4

a/aa) Si l'invalidité est une notion juridique fondée sur des éléments d'ordre essentiellement économique, il ne convient pas moins d'examiner d'abord l'incapacité de travail telle qu'elle a été fixée par les médecins. En effet, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration, ou le juge s'il y a eu recours, a besoin de renseignements que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur

l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 140 V 193 cons. 3.2 et les réf. citées). a/bb) L'assurance-invalidité, comme toute autre assurance, repose sur l'hypothèse que le risque assuré ne se réalise qu'exceptionnellement. Il en découle que l'assuré doit en principe être considéré comme étant en bonne santé et pouvant exercer une activité professionnelle (cf. ATF 141 V 281 cons. 3.7.2, selon lequel il faut en règle générale partir du principe de la « validité »), dès lors que la plupart des atteintes à la santé n'entraînent pas d'incapacité de travail durable, ainsi que cela est mis en évidence en considérant l'ensemble de l'éventail des maladies physiques et psychiques. Le droit à une rente d'invalidité suppose ainsi une atteinte à la santé. Le diagnostic d'une atteinte à la santé n'implique cependant pas encore qu'elle est invalidante. Le caractère invalidant d'une atteinte à la santé se détermine, selon le texte clair de la loi, d'après les conséquences de celle-ci sur la capacité de travail et de gain. Le point déterminant à cet égard est de savoir si, compte tenu des atteintes invoquées, il ne peut plus être exigé de l'assuré qu'il travaille encore, à temps plein ou à temps partiel. C'est pourquoi un examen objectif de l'exigibilité s'applique en tenant compte exclusivement des conséquences de l'atteinte à la santé, en partant du principe de la validité et en laissant à l'assuré le fardeau matériel de la preuve de l'invalidité (ATF 142 V 106 cons. 4.3 et 4.4). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. À cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, 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 praticien soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a et les réf. citées). c) La jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types de documents médicaux. Le juge procède à cette appréciation selon le principe de la libre appréciation des preuves selon les types de documents médicaux (ATF 125 V 351 cons. 3a ; Riemer-Kafka [Edit.], Expertises en médecine des assurances, 3e éd., 2018, p. 31 ss). c/aa) Selon une jurisprudence constante, lorsque des expertises confiées à des médecins indépendants sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 cons. 4.4, 122 V 157 cons. 1c et les réf. citées). Au vu de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise, on ne saurait ainsi 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 ira différemment que si ces derniers font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui

sont suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions (Valterio , Loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, ad art. 57 n. 48). c/bb) Concernant les SMR, ceux-ci évaluent, en vertu de l'article 49 al. 1 RAI et de l'article 59 al. 2 bis LAI, les conditions médicales du droit aux prestations. Le sens et le but de ces dispositions est que les offices AI puissent recourir à leurs propres médecins pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Il est attendu de ceux-ci que, sur la base de leurs connaissances spéciales en médecine des assurances, ils établissent la capacité fonctionnelle des assurés déterminante en matière d'assurance-invalidité ; il s'agit ainsi de créer une séparation conséquente des compétences des médecins traitants (traitement médical et thérapeutique) et de l'assurance sociale (détermination des effets de l'atteinte à la santé) (arrêt du TF du 03.09.2015 [9C_858/2014] cons. 3.3.2). En application des dispositions citées, les SMR désignent les activités exigibles ainsi que les fonctionnalités inexigibles. Les SMR sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'Office fédéral. Selon une jurisprudence constante, les rapports réalisés par les SMR en vertu de l'article 49 al. 1 RAI (et 59 al. 2 bis LAI) ont 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. Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Leur but est de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale. Ces rapports ne sont pas dénués de toute valeur probante et il est admissible que l'OAI se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 135 V 465 cons. 4.6). c/cc) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance et du rapport thérapeutique qui l'unissent à ce dernier (ATF 135 V 465 cons. 4.5, 125 V 351 cons. 3a/cc). Cette constatation s'applique de même aux médecins non traitants ou spécialistes (expertises privées) consultés par un patient en vue d'obtenir un moyen de preuve à l'appui de sa requête (arrêt du TF du 29.10.2003 [I 321/03] cons. 3.1 ; Valterio , op. cit., ad art. 57 n. 48). Il y a ainsi lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant. Toutefois, le simple fait qu'un certificat médical ou une expertise soient établis à la demande d'une partie et soient produits pendant la procédure ne justifie pas en soi de douter de sa valeur probante (ATF 125 V 351 cons. 3b/dd et les réf. citées).

E. 4.2

et les références). Une enquête économique sur le ménage réalisée au domicile de l'assuré consacrant tout ou partie de son temps à entretenir son ménage constitue en principe une base appropriée et suffisante pour apprécier les empêchements rencontrés dans l'accomplissement des tâches ménagères. Le rapport établi à l'issue d'une telle enquête a valeur probante lorsqu'il a été élaboré par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, lorsqu'il intègre les indications de l'assuré et rapporte les opinions divergentes des participants et lorsqu'il est plausible, motivé de façon détaillé en ce qui concerne les différentes limitations et correspond aux indications relevées sur place. Dans ces conditions, le juge ne saurait remettre en question l'appréciation de l'auteur de l'enquête

que s'il est manifeste que le rapport de ce dernier repose sur des erreurs (ATF 140 V 543 cons. 3.2.1, 128 V 93 ; arrêt du TF du 30.03.2015 [9C_687/2014] cons. 4.2.1). Il convient encore de relever que les constatations d'ordre médical sur la capacité à établir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsqu'on est en présence d'une pathologique psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêt du TF du 30.03.2015 [9C_687/2014] cons. 4.3.1). 9. S'agissant de la méthode d'évaluation, l'OAI a fait application de la méthode mixte en considérant que sans atteinte à la santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 60 %, le solde de 40 % étant dédié à la tenue de son ménage. Il a retenu qu'elle n'a jamais travaillé au Kosovo entre la fin de sa scolarité et la naissance de son premier enfant, et qu'elle n'a jamais exercé d'activité lucrative à temps plein en Suisse. Il en a déduit qu'il n'est pas possible de la considérer comme personne active à 100 % malgré ses déclarations en ce sens, puisqu'il ne paraît pas plausible qu'elle serait prête à travailler à temps plein sans atteinte à la santé. Dans son recours, l'intéressée critique la méthode d'évaluation retenue. Elle fait valoir qu'elle a toujours déclaré qu'elle travaillerait à 100 % et que l'argument selon lequel ses déclarations en ce sens ne seraient pas crédibles parce qu'elle n'a jamais travaillé à 100 % auparavant n'est pas convaincant. Elle relève qu'elle s'est mariée à 16 ans et a eu son premier enfant à 18 ans, rapidement suivi de deux autres, et qu'il ne peut pas lui être reproché de ne pas avoir travaillé à 100 % avec trois enfants en bas âge. Il ressort du dossier que la recourante n'a suivi qu'une scolarité ordinaire de huit ans et n'a ensuite entrepris aucune formation professionnelle. Elle s'est mariée dans son pays d'origine en 1988 à l'âge de 16 ans et n'y a pas exercé d'activité lucrative. Ses trois premiers enfants sont nés en mars 1990, mai 1992 et octobre 1995. Arrivée en Suisse en 1999, elle n'y a pas non plus pris une activité professionnelle avant la naissance de son quatrième enfant en octobre 2009. Les pièces au dossier (extrait du compte individuel, demande de prestations) établissent que l'assurée a commencé une activité de conciergerie à temps partiel (45 %) peu de temps après, en octobre 2010. Ce moment peut raisonnablement être mis en relation avec le début de l'incapacité de travail de son mari. En effet, ce dernier est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis mars 2011, ce qui implique une incapacité de travail d'au moins une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit depuis mars 2010. À cette époque, la famille se trouvait ainsi avec 3 enfants de 20, 17, 14 ans et un bébé de quelques mois, le père et mari étant en incapacité de travail. Au vu de cette constellation familiale, de l'absence de toute prise d'emploi antérieure et des circonstances économiques, il paraît raisonnable de retenir que la prise d'un emploi relevait moins d'un projet professionnel de l'assurée que de la nécessité d'obtenir une nouvelle source de revenus. Cela est confirmé par la déclaration spontanée de l'assurée selon laquelle ce revenu supplémentaire était le bienvenu. Ayant perdu son emploi en 2015, elle a bénéficié du chômage dès 2016, indiquant qu'elle recherchait alors une activité à 60 %. Sachant qu'à cette période, ses enfants étaient âgés de 25, 23, 20 et 5 ans et que son mari, au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, n'exerçait pas une activité à temps plein, l'assurée aurait aisément pu chercher un emploi à 100 % si telle avait véritablement été son intention et son envie. Le dossier ne permet pas de retenir un empêchement médical qui se serait opposé à un tel projet professionnel dès lors que si l'assurée est effectivement suivie depuis juin 2012 pour des attaques de panique ayant connu une évolution vers un état dépressif, il n'est relevé aucune incapacité de travail en découlant pour la période en cause. Depuis lors,

les enfants ont grandi. Ils sont maintenant partis de la maison hormis le quatrième, âgé de 12 ans au moment de la décision litigieuse. Si cette évolution permettrait, chez une personne ayant démontré son envie de travailler pour des questions de réalisation personnelle et non pas simplement de compensation d'une perte de revenu due à l'incapacité de travail du conjoint, de conclure à une possibilité d'exercer à un taux d'activité plus élevé que par le passé, l'assurée n'a fourni aucun élément permettant de penser qu'elle se trouverait dans cette situation et qu'elle aurait entendu profité de la plus grande autonomie des enfants pour augmenter son temps de travail. Au contraire, considérant d'une part que la motivation à la prise d'un emploi était de compenser la perte de revenus du conjoint et prenant en considération d'autre part que le départ des enfants a pour conséquence une diminution des besoins en revenus supplémentaires, une appréciation globale du dossier ne permet pas de retenir qu'à défaut d'atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à plein temps. Ses affirmations contraires bénéficient certes d'un certain poids au vu de la jurisprudence relative aux déclarations dites de la première heure. Cette jurisprudence ne constitue cependant pas une règle de droit absolue, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA ; arrêt du TF du 11.08.2021 [9C_204/2021] cons. 3.4). En l'espèce, ces déclarations, qui sont dénuées de tout élément permettant de les étayer et d'en retenir la vraisemblance, se heurtent aux autres éléments ressortant du dossier et ne peuvent pas être retenues. L'appréciation de l'OAI selon laquelle l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative à 60 %, le solde de 40 % étant dédié à la tenue de son ménage, n'est pas critiquable.

E. 5

a) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'article 4 al. 1 LAI en liaison avec l'article 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (art. 7 al. 2, 2e phrase LPGA ; ATF 141 V 281 cons. 3.7.1 ; cf. aussi ATF 127 V 294 cons. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 cons. 4.5.2, 141 V 281 cons. 2.2 et 3.2). b) Selon la jurisprudence récente, tant les syndromes douloureux somatoformes persistants que toutes les autres affections psychiques – y compris les troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409 cons. 4.5.1 s), ainsi que les syndromes de dépendance primaire (ATF 145 V 215) – doivent en principe faire l'objet d'une procédure probatoire structurée au sens de l' ATF 141 V 281 (ATF 143 V 418 cons. 6 et 7 et les réf. citées). La question déterminante est celle de savoir si la limitation établie médicalement empêche, d'un point de vue objectif, la personne assurée d'effectuer une prestation de travail. Ainsi, le caractère invalidant d'atteintes à la santé psychique doit être établi dans le cadre d'un examen global, en tenant compte de différents indicateurs. Les indicateurs standards devant être pris en considération en général sont classés d'après leurs caractéristiques communes. Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques. Au sein de cette catégorie, dans le complexe « atteinte à la santé », le premier indicateur à mentionner est le caractère prononcé des éléments et des symptômes pertinents

pour le diagnostic. Le point de départ est le degr.de gravité minimal inhérent au diagnostic. Le succès du traitement ou la résistance au traitement, soit le déroulement et l'issue des traitements sont d'importants indicateurs du degré de gravité. Les troubles psychiques ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et ne peuvent pas (ou plus) être traités. Le complexe « personnalité » a trait aux capacités inhérentes à la personnalité, qui permettent des déductions sur la capacité physique. Quant au complexe « contexte social », il permet de faire des déductions quant aux ressources mobilisables de l'assuré. Il faut ensuite examiner si les conséquences qui sont tirées de l'analyse des indicateurs de la catégorie « degré de gravité fonctionnel » résistent à l'examen sous l'angle de la catégorie « cohérence ». À ce titre, il convient notamment d'examiner si les limitations fonctionnelles se manifestent de la même manière dans la vie professionnelle et dans la vie privée, de comparer les niveaux d'activité sociale avant et après l'atteinte à la santé ou d'analyser la mesure dans laquelle les traitements et les mesures de réadaptation sont mis à profit ou négligés. c) Il peut néanmoins être renoncé à évaluer la capacité de travail de la personne concernée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée, au moyen du catalogue d'indicateurs, lorsqu'un tel examen n'apparaît ni nécessaire pour établir les faits, ni adéquat. Il en est ainsi, notamment, lorsque l'on se trouve en présence de diagnostics assimilables à des troubles psychiques (schizophrénie, anorexie, etc.) et que les évaluations médicales sont claires et concordantes, tant sur la question du diagnostic que sur celle des limitations fonctionnelles. Il en va de même lorsque des rapports médicaux clairs et bien motivés, établis par des médecins spécialistes, excluent toute incapacité de travail, et qu'en raison d'un défaut de spécialisation du médecin qui s'exprime ou pour un autre motif, les avis médicaux qui soutiennent le contraire ne s'avèrent pas pertinents (ATF 143 V 418 cons. 7.1). Il peut aussi être renoncé à l'examen des indicateurs lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, qui exclut d'emblée l'hypothèse d'une atteinte à la santé (cf. également ATF 141 V 281 cons. 2.2 ; arrêt du TF du 01.03.2016 [9C_534/2015] cons. 2.2.2 et les réf. citées). L'évaluation par le biais du catalogue d'indicateurs ne sera pas nécessaire non plus en particulier lorsque les documents médicaux existants laissent apparaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, une dépression légère, qu'on ne peut considérer comme chronique et qui n'est pas associée à une comorbidité (ATF 143 V 409 cons. 4.5.3 et les réf. citées). De même, il a été jugé que la seule mention, même par un médecin-psychiatre, d'un diagnostic, d'une médication ainsi que d'une incapacité de travail dépourvue de toute motivation et sans indice concret laissant transparaître l'existence de limitations fonctionnelles liées à une symptomatologie psychique dans un contexte médical prédominé par des affections de nature somatique, ne suffit pas à justifier la mise en œuvre d'une procédure d'établissement des faits normative et structurée (cf. arrêts du TF du 13.08.2018 [8C_341/2018] cons. 6.2, du 16.01.2018 [9C_580/2017] cons. 3.1, du 12.03.2018 [9C_14/2018] cons. 2.1, du 25.08.2017 [9C_95/2017] cons. 5).

E. 6

La décision litigieuse repose sur les constatations et les conclusions de l'expertise du CEMEDEX. Dans leur rapport, les experts ont posé les diagnostics ayant un impact sur la capacité de travail de syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), de trouble dépressif récurrent, épisode actuel entre léger et moyen avec syndrome somatique (F33.01, F33.11), de cervicalgie sans irradiation et signes neurologiques objectifs sur discopathie (M54.2), de gonalgie droite sur arthrose fémoro-patellaire débutante (M22.2). Sans impact sur la capacité de travail, ils ont retenu les diagnostics de fibromyalgie (M79.7), de diabète

de type II (E11), d'hypertension artérielle (I10), de psoriasis en goutte (L40.4), de probable maladie coeliaque (K90.0), de sensations vertigineuses non étiquetées, de céphalées d'allure tensionnelle (G44.2) et d'obésité stade II (E66.9). Ils ont retenu des limitations fonctionnelles d'ordre psychiatrique (tristesse, manque de confiance, idées suicidaires, capacité de résistance et d'endurance diminuées) et d'ordre rhumatologique (pas d'effort de soulèvement à partir du sol de plus de 5 kilos, pas de porte-à-faux du rachis cervical, port de charge proche du corps limité à

E. 10

kilos, pas de position à genoux ou accroupie, éviter les montées et les descentes d'escaliers répétées, pas de travail en hauteur). Ces conclusions ont été établies en pleine connaissance du dossier et en particulier des rapports du psychiatre traitant (Dr A. _____) et du médecin traitant (Dre C. _____), des rapports d'hospitalisation du CNP, de l'enquête ménagère et des avis médicaux du SMR. Elles sont fondées sur les propres constatations des experts qui ont rencontré personnellement l'assurée et décrivent clairement le contexte médical et les plaintes exprimées. Elles sont exemptes de contradictions notables et sont dûment motivées. Cela étant, les conditions sont réunies qui permettent d'attribuer une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise.

7. Il convient d'examiner si l'argumentation de la recourante peut receler un indice concret permettant de mettre en question la valeur et le bien-fondé de l'expertise du CEMEDEX. La recourante conteste la valeur probante de son volet psychiatrique. Elle fait valoir que les constatations de l'expert psychiatre sont en contradiction avec les observations des autres médecins et de l'enquêtrice ; qu'ainsi, les médecins traitants ont observé des troubles neuro-cognitifs qui n'ont pas été retenus par l'expert psychiatre et que les troubles de la concentration et de la mémoire mentionnés à plusieurs reprises n'ont pas été testés. À ce sujet, la Cour de céans relève qu'aux termes du rapport d'expertise, l'expert psychiatre a dûment adressé le registre cognitif. Il a ainsi souligné que bien que l'assurée dise avoir des troubles de la concentration et de la mémoire, il n'a pas pu les objectiver pendant l'entretien, exposant qu'elle a été capable de donner des dates précises et citant des exemples à ce propos. Il a aussi souligné l'absence de troubles de l'attention et de la compréhension, l'absence de troubles de la mémoire d'anciens souvenirs ou de faits nouveaux. L'assurée soutient d'autre part que les conclusions de l'expert psychiatre dans le cadre du mini-ICF sont en contradiction avec les observations faites par les thérapeutes et les personnes qui la côtoient puisqu'il souligne par exemple qu'elle n'aurait pas pleuré durant l'entretien alors qu'à l'écoute de l'enregistrement de cet entretien, lorsqu'elle doit expliquer ses limites et son impossibilité d'accomplir des tâches même simples, «on sent sa voix se teinter d'émotion et une profonde détresse à la limite des larmes semble apparaître». Ce ressenti subjectif fondé sur la seule écoute d'un enregistrement n'est toutefois pas incompatible avec le constat de l'expert psychiatre fondé sur son examen de l'assurée en sa présence, constat selon lequel l'assurée lui a paru triste mais qu'elle n'a pas pleuré pendant l'entretien, bien qu'elle ait dit qu'elle pleure tout le temps. Le grief doit être rejeté. L'assurée fait aussi grief à l'expert de ne pas avoir retenu l'état de stress post-traumatique, lui reprochant de s'être fondé sur une définition trop restrictive de la menace de mort imminente. L'expert a écarté ce diagnostic en expliquant que selon ses constatations ainsi que selon les dires de l'assurée, ni elle ni sa famille n'a été confrontée à aucun moment pendant la guerre de Balkans à une menace de mort imminente. À ce propos, la Cour de céans relève que le trouble de stress post-traumatique (TSPT ou

PTSD [post-traumatic stress disorder] ; F43) constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ; dans certains cas, le trouble peut présenter une évolution chronique, durer de nombreuses années, et entraîner une modification durable de la personnalité. Le Tribunal fédéral a admis que pour que le diagnostic d'état de stress post-traumatique de survenue différée puisse être retenu, l'ensemble des critères diagnostiques du CIM-10 doit être présent au plus tard six mois après l'événement ; exceptionnellement, une durée supérieure à six mois peut être admise, mais elle doit alors faire l'objet d'une motivation toute particulière (arrêt du TF du 08.11.2022 [9C_480/2021] cons. 5.3.2 ; ATF 142 V 342 cons. 5.1). Dans le cas d'espèce, l'assurée, qui a vécu la guerre dans son pays d'origine, a décrit à l'expert qu'elle avait été bloquée les 3 ou 4 derniers mois dans sa maison avec ses enfants en raison de la présence de soldats serbes qui leur intimaient de rester à l'intérieur. Elle a signalé qu'elle n'avait jamais eu la peur imminente de mourir ; que ni elle-même, ni ses enfants, ni personne de sa famille n'a été menacé de mort et que personne de sa famille n'était mort. Cela étant, son désaccord sur la notion de menace de mort imminente n'est pas déterminant.

En résumé, les arguments de la recourante en contestation de l'expertise et plus particulièrement de son volet psychiatrique ne permettent pas de mettre en doute sa valeur probante.

8.a) Lors de l'examen initial de droit à la rente, il convient d'examiner quelle est la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il s'agit d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes reconnues (méthode générale de comparaison des revenus [art.28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art.16 LPGA], méthode spécifique [art.28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art.28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut se demander ce que l'assuré aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsqu'il 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 voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 cons. 2.3 ; 137 V 334 cons. 3.2 ; arrêts du TF du 24.03.2022 [9C_250/2021] cons. 2.2 et du 25.11.2021 [9C_191/2021] cons. 6.2.1).

b) Lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus ; pour la part qu'ils consacrent à leurs travaux habituels au sens des articles 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, leur invalidité doit être évaluée selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (ATF 137 V 334 cons. 3.1.3 ; arrêt du TF du 05.03.2014 [9C_784/2013] cons. 3.1). L'application de la méthode mixte

implique de déterminer, dans un premier temps, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps, de calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (ATF 137 V 334cons. 3.1.3, 131 V 51cons. 5.1.2).

c) L'évaluation selon la méthode spécifique de comparaison des types d'activité nécessite l'établissement d'une liste des activités ■ qui peuvent être assimilées à une activité lucrative ■ que la personne assurée exerçait avant la survenance de son invalidité, ou qu'elle exercerait sans elle, qu'il y a lieu de comparer ensuite à l'ensemble des tâches que l'on peut encore raisonnablement exiger d'elle, malgré son invalidité, après d'éventuelles mesures de réadaptation. Pour ce faire, l'administration procède à une enquête sur place et fixe l'ampleur de la limitation dans chaque domaine entrant en considération, conformément aux chiffres 3079 ss de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI ; ATF 137 V 334cons. 4.1 et 4.2 et les références). Une enquête économique sur le ménage réalisée au domicile de l'■assuré consacrant tout ou partie de son temps à entretenir son ménage constitue en principe une base appropriée et suffisante pour apprécier les empêchements rencontrés dans l'■accomplissement des tâches ménagères. Le rapport établi à l'■issue d'■une telle enquête a valeur probante lorsqu'■il a été élaboré par une personne qualifiée ayant connaissance de la situation locale et spatiale ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux, lorsqu'■il intègre les indications de l'■assuré et rapporte les opinions divergentes des participants et lorsqu'■il est plausible, motivé de façon détaillée en ce qui concerne les différentes limitations et correspond aux indications relevées sur place. Dans ces conditions, le juge ne saurait remettre en question l'■appréciation de l'■auteur de l'■enquête que s'■il est manifeste que le rapport de ce dernier repose sur des erreurs (ATF 140 V 543cons. 3.2.1, 128 V 93; arrêt du TF du 30.03.2015 [9C_687/2014]cons. 4.2.1). Il convient encore de relever que les constatations d'ordre médical sur la capacité à établir les travaux habituels ont en principe plus de poids que les conclusions de l'enquête à domicile lorsqu'on est en présence d'une pathologie psychique et qu'il existe des divergences entre les deux types de données évoquées. Une telle priorité est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte et des empêchements en résultant (arrêt du TF du 30.03.2015 [9C_687/2014]cons. 4.3.1).

9. S'agissant de la méthode d'évaluation, l'■OAI a fait application de la méthode mixte en considérant que sans atteinte à la santé, l'■assurée aurait exercé une activité lucrative à 60 %, le solde de 40 % étant dédié à la tenue de son ménage. Il a retenu qu'■elle n'■a jamais travaillé au Kosovo entre la fin de sa scolarité et la naissance de son premier enfant, et qu'■elle n'■a jamais exercé d'■activité lucrative à temps plein en Suisse. Il en a déduit qu'■il n'■est pas possible de la considérer comme personne active à 100 % malgré ses déclarations en ce sens, puisqu'■il ne paraît pas plausible qu'■elle serait prête à travailler à temps plein sans atteinte à la santé.

Dans son recours, l'■intéressée critique la méthode d'■évaluation retenue. Elle fait valoir qu'■elle a toujours déclaré qu'■elle travaillerait à 100 % et que l'■argument selon lequel ses déclarations en ce sens ne seraient pas crédibles parce qu'■elle n'■a jamais travaillé à 100 % auparavant n'■est pas convaincant. Elle relève qu'■elle s'■est mariée à 16 ans et a eu son premier enfant à 18 ans, rapidement suivi de deux autres, et qu'■il ne peut pas lui être reproché de ne pas avoir travaillé à 100 % avec trois enfants en bas âge.

Il ressort du dossier que la recourante n'a suivi qu'une scolarité ordinaire de huit ans et n'a ensuite entrepris aucune formation professionnelle. Elle s'est mariée dans son pays d'origine en 1988 à l'âge de 16 ans et n'y a pas exercé d'activité lucrative. Ses trois premiers enfants sont nés en mars 1990, mai 1992 et octobre 1995. Arrivée en Suisse en 1999, elle n'y a pas non plus pris une activité professionnelle avant la naissance de son quatrième enfant en octobre 2009. Les pièces au dossier (extrait du compte individuel, demande de prestations) établissent que l'assurée a commencé une activité de conciergerie à temps partiel (45 %) peu de temps après, en octobre 2010. Ce moment peut raisonnablement être mis en relation avec le début de l'incapacité de travail de son mari. En effet, ce dernier est au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité depuis mars 2011, ce qui implique une incapacité de travail d'au moins une année (cf. art. 28 al. 1 let. b LAI), soit depuis mars 2010. À cette époque, la famille se trouvait ainsi avec 3 enfants de 20, 17, 14 ans et un bébé de quelques mois, le père et mari étant en incapacité de travail. Au vu de cette constellation familiale, de l'absence de toute prise d'emploi antérieure et des circonstances économiques, il paraît raisonnable de retenir que la prise d'un emploi relevait moins d'un projet professionnel de l'assurée que de la nécessité d'obtenir une nouvelle source de revenus. Cela est confirmé par la déclaration spontanée de l'assurée selon laquelle ce revenu supplémentaire était le bienvenu. Ayant perdu son emploi en 2015, elle a bénéficié du chômage dès 2016, indiquant qu'elle recherchait alors une activité à 60 %. Sachant qu'à cette période, ses enfants étaient âgés de 25, 23, 20 et 5 ans et que son mari, au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité, n'exerçait pas une activité à temps plein, l'assurée aurait aisément pu chercher un emploi à 100 % si telle avait véritablement été son intention et son envie. Le dossier ne permet pas de retenir un empêchement médical qui se serait opposé à un tel projet professionnel dès lors que si l'assurée est effectivement suivie depuis juin 2012 pour des attaques de panique ayant connu une évolution vers un état dépressif, il n'est relevé aucune incapacité de travail en découlant pour la période en cause. Depuis lors, les enfants ont grandi. Ils sont maintenant partis de la maison hormis le quatrième, âgé de 12 ans au moment de la décision litigieuse. Si cette évolution permettrait, chez une personne ayant démontré son envie de travailler pour des questions de réalisation personnelle et non pas simplement de compensation d'une perte de revenu due à l'incapacité de travail du conjoint, de conclure à une possibilité d'exercer à un taux d'activité plus élevé que par le passé, l'assurée n'a fourni aucun élément permettant de penser qu'elle se trouverait dans cette situation et qu'elle aurait entendu profité de la plus grande autonomie des enfants pour augmenter son temps de travail. Au contraire, considérant d'une part que la motivation à la prise d'un emploi était de compenser la perte de revenus du conjoint et prenant en considération d'autre part que le départ des enfants a pour conséquence une diminution des besoins en revenus supplémentaires, une appréciation globale du dossier ne permet pas de retenir qu'à défaut d'atteinte à la santé, l'assurée exercerait une activité lucrative à plein temps. Ses affirmations contraires bénéficient certes d'un certain poids au vu de la jurisprudence relative aux déclarations dites de la première heure. Cette jurisprudence ne constitue cependant pas une règle de droit absolue, faute de quoi elle entrerait en conflit avec le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA ; arrêt du TF du 11.08.2021 [9C_204/2021] cons. 3.4). En l'espèce, ces déclarations, qui sont dénuées de tout élément permettant de les étayer et d'en retenir la vraisemblance, se heurtent aux autres éléments ressortant du dossier et ne peuvent pas être retenues. L'appréciation de l'OAI selon laquelle l'assurée, sans atteinte à la santé, aurait exercé une activité lucrative à 60 %, le solde de 40 % étant dédié à la tenue de son ménage, n'est pas

critiquable.

10. En ce qui concerne les empêchements rencontrés par l'assurée dans l'accomplissement des tâches ménagères, la personne chargée de l'enquête ménagère les a estimés à 43,2 %. Si de manière générale, une telle enquête constitue une base appropriée et suffisante pour apprécier les empêchements, il en va différemment dans le cas d'espèce. En effet, l'enquêtrice parvient à ce taux de 43,2 % en se fondant uniquement sur les déclarations de l'assurée, faisant abstraction et renonçant à examiner dans ce cadre l'incidence du paradoxe qu'elle a par ailleurs identifié et exposé, et qui consiste pour l'assurée à effectuer dans le cadre de son activité lucrative des activités (passer l'aspirateur, nettoyer les sols et parfois nettoyer la salle de bains) qui, chez elles, sont prises en charge presque entièrement par sa fille ou son mari car elle dit se sentir trop faible pour les faire. L'enquêtrice est consciente de la valeur relative des empêchements retenus en se fondant sur les allégations de l'assurée, estimant elle-même qu'il est difficile de valider ces empêchements ménagers sans passer par une expertise médicale. Dans le cadre de l'expertise du CEMEDEX, l'expert rhumatologue a aussi relevé l'incohérence entre le fait pour l'assurée d'exercer une activité de femme de ménage à temps partiel alors qu'elle ne fait quasiment aucun geste d'entretien chez elle, soulignant encore que l'expertise n'avait pas mis en évidence une pathologie rhumatologique responsable des faiblesses invoquées par l'assurée pour justifier ses empêchements ménagers. Le SMR, dans le cadre de son appréciation médicale du dossier (art. 49 al. 1 RAI et 59 al. 2bisLAI ; cf. cons. 4c/bb ci-dessus), en se fondant sur l'expertise du CEMEDEX, a relevé que l'état de santé tel que constaté par les experts n'explique pas les empêchements ménagers retenus dans le rapport d'enquête du 2 novembre 2020. Il a aussi retenu que les limitations fonctionnelles déterminées par les experts ne sont pas de nature à interférer avec les activités ménagères courantes, hormis quelques tâches ponctuelles isolées (nettoyages et rangements en hauteur ou nécessitant l'accroupissement ou le travail à genoux). C'est ainsi que, se prononçant d'un point de vue médical, il a retenu l'absence d'empêchement ménager découlant des atteintes à la santé incapacitantes. Cette appréciation médicale convaincante n'est pas ébranlée par la référence générale à la valeur probante normalement reconnue aux enquêtes ménagères.

11. Les considérations qui précèdent amènent au rejet du recours dirigé contre la décision de refus de rente du 21 juin 2022.

12. Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bisLAI) qui ne peut par ailleurs pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

13. La recourante sollicite l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. L'assistance judiciaire est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum vital nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art. 3LAJ). En matière administrative, l'octroi de l'assistance judiciaire est en outre subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4LAJ). Dans le cas d'espèce, l'indigence de la recourante peut être considéré comme établie dès lors qu'elle bénéficie de l'aide sociale. Ses conclusions n'apparaissent par ailleurs pas dénuées de tout espoir. Par conséquent, l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice se justifie.

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.

2. Accorde à la recourante l'assistance judiciaire limitée aux frais de la procédure.

3. Met à la charge de la recourante un émolument de décision et les débours par 660 francs, montant provisoirement avancé par l'Etat dans le cadre de l'assistance judiciaire.

4. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 22 août 2023

E. 11

Les considérations qui précèdent amènent au rejet du recours dirigé contre la décision de refus de rente du 21 juin 2022.

E. 12

Vu l'issue du litige, les frais de la procédure doivent être mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1 bis LAI) qui ne peut par ailleurs pas prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGa a contrario).

E. 13

La recourante sollicite l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice. L'assistance judiciaire est accordée au justiciable qui ne peut pas assumer les frais liés à la défense de ses droits sans porter atteinte au minimum vital nécessaire à son entretien et celui de sa famille (art. 3 LAJ). En matière administrative, l'octroi de l'assistance judiciaire est en outre subordonné à la condition que la cause n'apparaisse pas dépourvue de toute chance de succès (art. 4 LAJ). Dans le cas d'espèce, l'indigence de la recourante peut être considérée comme établie dès lors qu'elle bénéficie de l'aide sociale. Ses conclusions n'apparaissent par ailleurs pas d'emblée vouées à l'échec. Par conséquent, l'octroi de l'assistance judiciaire limitée aux frais de justice se justifie.

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