

200.2013.522.AI

BOA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 15 août 2014

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et D. Baldin, juges
A.-F. Boillat, greffière



A. _____
représentée par Me B. _____
recourante

contre

Office AI Berne
Scheibenstrasse 70, case postale, 3001 Berne
intimé

relatif à une décision de ce dernier du 15 mai 2013

En fait:

A.

A. _____, née en 1954, mariée, mère de deux enfants adultes, est arrivée en Suisse en 1982. Sans formation professionnelle, elle a été engagée en 1987 en tant qu'ouvrière dans une entreprise de décolletage où elle a d'abord occupé un emploi à 80% dans le secteur de l'expédition. Le 2 août 2008, l'assurée a fait une chute dans les escaliers, à son domicile. Elle a souffert de contusions, notamment au poignet gauche et au genou droit. Le cas a été pris en charge par l'assurance-accidents (AA) de son employeur.

Invoquant souffrir depuis décembre 2008 d'une recrudescence des douleurs (à l'épaule gauche et à la nuque) et de troubles sensitifs du membre supérieur gauche que l'assurée met en liaison avec l'accident subi en août 2008, cette dernière a été déclarée en incapacité de travail (50%) depuis mars 2009. En raison de ces troubles douloureux, elle a sollicité, par demande datée du 6 juillet 2010 mais réceptionnée le 11 novembre 2010 par l'Office AI Berne, des prestations de l'assurance-invalidité (AI).

B.

Saisi de cette demande, l'Office AI a procédé à diverses mesures d'instruction, notamment auprès des médecins de l'assurée (orthopédiste, généraliste et psychiatre traitants) et de son employeur. Suivant la recommandation du Service médical des Offices AI Berne/Fribourg/Soleure (SMR) du 7 juin 2011, l'Office AI a ordonné l'établissement d'une expertise sur le plan neurochirurgical, laquelle a été rédigée en août 2011. Il a aussi chargé d'une enquête économique sur le ménage son service des enquêtes, qui a rendu son rapport le 17 avril 2012.

Sur cette base, dans un préavis daté du 19 avril 2012, l'intimé, retenant un degré d'invalidité de 35%, a nié à l'assurée un droit à une rente AI. Suite aux observations formulées par un représentant syndical dorénavant

mandaté par l'assurée, l'Office AI, après avoir requis l'avis de son SMR et de son service des enquêtes sur les nouveaux documents médicaux versés au dossier, a notifié à l'assurée un nouveau préavis de refus, le 31 octobre 2012, arrivant aux mêmes conclusions que le précédent. En dépit des observations formulées par le mandataire de l'assurée, l'Office AI a confirmé sa position, par décision formelle du 15 mai 2013.

C.

Par acte daté du 17 juin 2013, l'assurée, toujours représentée, a recouru contre cette décision devant le Tribunal administratif du canton de Berne (TA). Elle a conclu à l'annulation de la décision du 15 mai 2013, principalement en demandant le renvoi de la cause pour instruction complémentaire et nouvelle décision et, subsidiairement, en requérant du TA qu'il instruisse lui-même et admette la demande de prestations, le tout sous suite des frais et dépens.

Dans son mémoire de réponse du 6 septembre 2013, l'Office AI a conclu au rejet du recours.

L'assurée a répliqué le 1^{er} octobre 2013 tout en confirmant ses précédentes conclusions. L'Office AI a renoncé à dupliquer. Le mandataire de la recourante a fait parvenir sa note d'honoraires par courrier du 28 octobre 2013.

En droit:

1.1 La décision du 15 mai 2013 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et nie le droit de la recourante à des prestations AI. L'objet du litige porte, au sens des conclusions formulées par la recourante, sur l'annulation de cette décision et le renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et

nouvelle décision, subsidiairement, à l'instruction et l'octroi de prestations par le TA. Est particulièrement critiquée par la recourante, en sus de griefs relevant de son droit d'être entendue, l'administration des preuves menée par l'intimé tant sur le plan médical (expertise prétendument viciée dans sa forme et matériellement lacunaire) qu'en relation avec l'enquête sur le ménage.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir, représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15, 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

1.4 Le Tribunal examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 Tout d'abord, sur le plan formel, la recourante fait valoir une violation de son droit d'être entendue par le fait que les rapports de juin et septembre 2012 émanant de son psychiatre traitant ne lui ont pas été transmis (recours p. 5). Se pose dès lors la question d'une violation du droit d'être entendu sous l'angle d'un défaut d'information quant à un nouveau moyen de preuve versé au dossier.

S'agissant de l'attestation médicale du 9 juin 2012 (dossier [dos.] AI 33/2), il est patent que la recourante en a non seulement eu connaissance (à en juger le sceau du 20 juin 2012 apposé par son mandataire sur le document), mais que, de surcroît, c'est elle qui l'a transmise à l'intimé, dans le but de documenter son état

de santé psychique (dos. AI 33/1). Quant au rapport médical du 10 septembre 2012 émanant de ce même spécialiste et rédigé par ce dernier à l'intention de l'AI (dos. AI 35/2), il s'avère en effet qu'il a été versé au dossier sans que la recourante ait pu inférer qu'il avait été préalablement effectivement sollicité. Force est toutefois de constater que ce rapport médical (reprenant, du reste, pour l'essentiel la teneur du précédent connue de la recourante) a été mentionné comme pièce déterminante dans le préavis du 31 octobre 2012. La recourante était donc informée de la production de cet avis médical à son dossier. N'ayant pas demandé à pouvoir consulter le rapport médical en question (ou l'ensemble de son dossier) en procédure de préavis (art. 73^{ter} du règlement fédéral du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité, RAI, RS 831.201), dont le but est précisément de permettre (et garantir) l'exercice du droit d'être entendu, l'assurée ne peut valablement reprocher à l'intimé une violation de son droit de prendre position sur ledit moyen de preuve avant la prise de décision (ayant empêché l'assurée de faire valoir efficacement sa position avant que la décision ne soit rendue [ATF 128 V 272 c. 5b bb; SVR 2008 UV n° 1 c. 3.2; voir, dans le même sens, l'art. 42 LPGA qui dispose expressément qu'il n'est pas nécessaire d'entendre les parties avant une décision sujette à opposition]).

2.2 Toujours sous l'angle d'une violation de son droit d'être entendue, la recourante prétend également que l'intimé ne s'est pas prononcé sur tous les griefs invoqués (recours p. 3). Or, la décision sur opposition du 15 mai 2013 expose à suffisance les réflexions qui ont guidé l'autorité et sur lesquelles elle est fondée. Elle reprend non seulement les considérations déjà contenues dans le préavis (notamment l'exposé des dispositions légales applicables, les raisons pour lesquelles le profil d'exigibilité arrêté par l'experte est déterminant pour calculer le revenu d'invalidité, la comparaison des revenus avec et sans invalidité), mais se prononce aussi sur les observations soulevées par l'assurée en expliquant pourquoi elle s'en écarte. Ainsi, l'intimé a notamment détaillé les motifs pour lesquels il a exclu des problèmes de compréhension ou d'expression lors du déroulement de l'expertise et, partant, refusé (implicitement) d'entendre le traducteur présent lors de l'examen de l'assurée par l'experte (cf. infra c. 2.3). Une telle motivation a à l'évidence permis à l'assurée de contester la décision de façon adéquate. La jurisprudence n'exige pas que tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties soient expressément exposés et discutés. Il suffit

plutôt que les points importants en vue du jugement figurent dans la décision (ATF 136 I 229 c. 5.2, 124 V 180 c. 1a).

2.3 En relation avec l'audition du traducteur ayant fonctionné lors de l'expertise, la décision attaquée permet de comprendre que l'intimé en connaissance de cette requête de preuve de la recourante l'a rejetée, convaincu qu'il était que les faits pertinents présentaient un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation. L'intimé a donc procédé à une appréciation anticipée des preuves. Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; ATF 136 I 229 c. 5.3). Savoir s'il a ainsi violé son propre devoir d'instruction d'office est une question à examiner matériellement.

3.

3.1 Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 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 (art. 7 al. 1 LPGA).

3.2 Hormis les atteintes à la santé mentale et physique, les atteintes à la santé psychique peuvent également entraîner une invalidité (art. 8 en relation avec l'art. 7 LPGA). On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.1; SVR 2007 IV n° 47 c. 2.4). Le point déterminant est ici de savoir si et dans quelle mesure la personne assurée, pratiquement, conserve une capacité à exercer une activité sur le marché du travail qui lui est ouvert au regard de ses capacités, nonobstant

les douleurs qu'elle ressent, et si cela n'apparaît pas insupportable pour la société (ATF 136 V 279 c. 3.2.1).

3.3 Selon l'art. 28 al. 1 de la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI, RS 831.20), a droit à une rente l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui au terme de cette année est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins (let. b et c). Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins et à trois quarts de rente s'il est invalide à 60%. Pour un degré d'invalidité de 50% au moins, l'assuré a droit à une demi-rente et pour un degré d'invalidité de 40% au moins, il a droit à un quart de rente.

3.4 Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré exerçant une activité lucrative aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (méthode générale de comparaison des revenus; art. 16 LPGGA; ATF 130 V 343 c. 3.4.2, 128 V 29 c. 1). L'invalidité des assurés qui n'exercent pas d'activité lucrative, dont on ne peut raisonnablement exiger qu'ils en entreprennent une (art. 5 al. 1 LAI et art. 8 al. 3 LPGGA), est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGGA, en fonction de l'empêchement d'accomplir leurs travaux habituels (méthode dite "spécifique" d'évaluation de l'invalidité; art. 28a al. 2 LAI). Par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 27 RAI).

Selon l'art. 28a al. 3 LAI (jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{ter} LAI), lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'art. 28a al. 2 LAI pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; ensuite, le taux d'invalidité est calculé dans les deux

domaines d'activité (méthode dite "mixte" d'évaluation de l'invalidité; art. 28a al. 3 LAI; jusqu'à fin 2007: anc. art. 28 al. 2^{ter} LAI; ATF 125 V 146 c. 2a).

3.5 Pour pouvoir évaluer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, en cas de recours) a besoin de documents que le médecin et éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données fournies par le médecin constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 c. 4, 125 V 256 c. 4).

Selon le principe de la libre 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 avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a). La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 c. 3a).

3.6 En ce qui concerne la valeur probante d'un 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. S'il est conforme à ces exigences, le rapport d'enquête a entière valeur probante. 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. Cette retenue découle en particulier du fait que la personne chargée du rapport d'enquête bénéficie de connaissances spécialisées et est plus proche des circonstances concrètes du cas d'espèce que le tribunal compétent en cas de recours (ATF 130 V 61 c. 6.2; SVR 2012 IV n° 54 c. 3.2).

4.

4.1 Des documents médicaux du dossier AA versés au dossier AI découlent que suite à la chute du 2 août 2008, la recourante, hormis le fait que ses lunettes ont été cassées, a mentionné des foulures et blessures au poignet gauche, genou droit et à la tête et qu'elle a repris le travail en plein le 18 août 2008. L'arthro-IRM pratiquée le 24 décembre 2008 a mis en évidence une déchirure partielle du tendon des muscles susépineux de l'épaule gauche (sans rupture totale de la coiffe des rotateurs) de même que de légères modifications dégénératives des articulations claviculaires (dos. AI 20.33/1, 20.31/1 et 20.21/1). Après la rechute du 12 décembre 2008, annoncée le 5 mai 2009, la spécialiste en neurologie à laquelle la recourante a été adressée a elle-même sollicité un confrère. Ce dernier, dans un rapport rédigé le 19 mai 2009, a relaté le fait que l'assurée se plaignait d'une cervico-brachialgie gauche, accompagnée d'irradiations jusqu'au niveau du pouce et combinée à des paresthésies dans le petit doigt gauche. D'un point de vue médical, ce praticien faisait état d'un statut neurologique parfaitement normal, tout en relevant, IRM à l'appui, la présence d'une volumineuse hernie discale C4/C5 gauche. Sur cette base, la première neurologue a mentionné, dans un rapport du 28 mai 2009, que l'assurée indiquait une péjoration de ses douleurs (cervicales et du bras gauche). Elle a diagnostiqué des cervico-brachialgies C5-C6 gauches dans un contexte de hernies cervicales et, sans se prononcer sur la capacité de travail, a estimé qu'il s'agissait d'une aggravation de douleurs déjà présentes avant la chute d'août 2008.

4.2 Dans un rapport médical non daté, notifié à l'Office AI le 13 décembre 2010, la généraliste traitante de l'assurée a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, un status post-chute (le 2 août 2008) avec de multiples contusions, un trouble de la thymie et des troubles douloureux chroniques, nécessitant un soutien psychologique. Cette généraliste considère que la

recourante éprouve des restrictions physiques en raison de la présence de deux hernies, de ligaments déchirés au bras, d'une scoliose et de disques usés. Tout en précisant que la poursuite de l'activité exercée est difficilement envisageable (et ne laissant augurer de surcroît aucune amélioration), elle évalue la capacité de travail de la recourante, dès le 16 mars 2010, à hauteur de 50%.

4.3 L'orthopédiste et traumatologue traitant l'assurée, dans son avis médical du 21 décembre 2010, a diagnostiqué, avec effets sur la capacité de travail, une rupture partielle du tendon sus-épineux gauche, une hernie discale C5/C6 gauche, des cervico-brachialgies gauches, des lombalgies chroniques et une bursite trochantérienne bilatérale. S'agissant de la capacité de travail dans l'activité professionnelle exercée, il l'estime à un taux de 50% sans perte de rendement en comptant sur une augmentation à 60% dès janvier 2011, grâce à la prise en charge pluridisciplinaire et aussi la diminution progressive constatée des douleurs diffuses éprouvée.

4.4 Dans son rapport adressé à l'Office AI, le 5 janvier 2011, et après deux mois de suivi psychologique, le psychiatre traitant a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, un trouble dépressif moyen avec syndrome somatique (F33.11 selon la classification statistique internationale des maladies et des troubles de santé connexes [CIM-10] de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) présent vraisemblablement depuis 2009, et des douleurs cervicales et lombaires. Ce spécialiste a mentionné que l'assurée a développé à la fin de l'année 2008 et suite à un accident à son domicile, des symptômes anxio-dépressifs, de la tristesse, de l'irritabilité et un état de nervosité, lesquels influencent négativement sa capacité de travail. Considérant que l'activité actuelle est encore exigible, il a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50% en raison des douleurs éprouvées. Tout en restant réservé quant au pronostic, il a tablé sur une amélioration de la capacité de travail de la recourante.

4.5 L'experte en neurochirurgie mandatée par l'Office AI, dans son rapport du 15 août 2011, a fait état des diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail: un syndrome cervico-brachial douloureux chronique (avec notamment des modifications dégénératives au niveau des vertèbres cervicales, une hernie discale C4/5 gauche) et une symptomatique douloureuse au niveau des vertèbres lombaires (avec éventuelle discrète atteinte radiculaire L4 à gauche). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'experte a mentionné un status après la

chute en août 2008. Elle déduit du dossier, de ses examens cliniques et des examens radiologiques et électro-physiologiques qu'elle a organisés, que la symptomatique douloureuse dont l'expertisée fait part est étayée par des diagnostics objectifs sur le plan qualitatif; en revanche, l'impression laissée par l'examen clinique révèle des signes de démonstration subjective de l'amplitude des douleurs, voire de convulsions dysfonctionnelles (descriptions peu rigoureuses des maux, mouvements spontanés sans particularité, musculature ne révélant aucun ménagement ou aucune inactivité durable due aux douleurs). Sur la base de l'évaluation socio-médicale de l'AWMF ([deutsche] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften), l'experte considère qu'il faut estimer que la capacité de travail de l'assurée est limitée qualitativement et quantitativement. Selon elle, la recourante peut déployer à plein temps, moyennant une perte de rendement de 20% au maximum, une activité légère à moyenne, ne demandant pas le port de charges supérieures à 15 kg, tout en variant les positions au niveau des vertèbres cervicales et en excluant tous travaux répétitifs au-dessus de la tête. L'experte estime que l'activité exercée, sans port de charges de plus de 15 kg, est exigible 8,5 heures par jour, cinq jours par semaine, avec une perte de rendement de 20%. Elle ne peut préciser depuis quand cet état vaut, sinon en fonction de l'IRM cervicale datant de 2009. Elle estime qu'un traitement conservateur (postures réduisant les douleurs, relaxation, physiothérapie, mesures balnéaires, éventuellement médication analgésique) pourrait améliorer la situation en environ six mois.

4.6 Le certificat médical établi par l'orthopédiste et traumatologue traitant, le 21 mai 2012, a maintenu les diagnostics arrêtés jusqu'ici (cf. 4.3), tout en suspectant une fibromyalgie en relation avec le syndrome douloureux diffus. Ce spécialiste a aussi confirmé l'amélioration et la reprise du travail à 60% dès le 10 janvier 2011, mais a constaté que ce pourcentage n'avait pas pu être dépassé.

4.7 L'attestation médicale du 9 juin 2012 du psychiatre traitant de l'assurée et son ultime rapport médical du 10 septembre 2012, établis tous deux en relation avec le traitement ambulatoire dont a bénéficié la recourante d'octobre 2010 à novembre 2011, ont confirmé le diagnostic de trouble dépressif d'épisode moyen et de douleurs chroniques (cf. c. 4.4), en se référant cette fois au ch. F33.10 de la CIM-10 et en précisant qu'il s'agissait d'un trouble anxio-dépressif. Ce spécialiste, relevant que le traitement psychiatrique a été interrompu en novembre 2011, date

à laquelle le pronostic était réservé, a considéré que l'état psychologique de la recourante influençait négativement sa capacité de travail qu'il a estimée au taux d'activité effectif de 50% depuis le 16 mars 2009.

5.

5.1 La recourante conteste la valeur probante des résultats (médico-théoriques) de l'expertise de 2011 sur lesquels l'Office AI fonde son évaluation de l'invalidité en avançant des griefs formels et matériels.

5.2

5.2.1 Sur le plan formel, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé de ne pas lui avoir préalablement soumis les questions qu'il entendait poser à l'experte. La recourante a pris connaissance du mandat d'expertise par communication du 8 juin 2011 (dos. AI 22/1). Il est vrai que cette communication rendait la recourante attentive à ses droits de récuser l'experte choisie, mais n'était pas accompagnée de la liste de questions soumises. Il est également vrai que dans son arrêt du 28 juin 2011 (ATF 137 V 210), le Tribunal fédéral (TF) a renforcé les droits de participation de la personne assurée lors de la mise en œuvre d'une expertise dans un centre d'observation médicale de l'AI (COMAI), notamment en obligeant l'administration à communiquer les questions d'expertise à l'assuré.

Force est de constater que l'expertise ici en cause, même si elle a été rendue après, a été organisée avant l'arrêt du 28 juin 2011. De plus, il faut considérer que le TF n'a expressément déclaré que le renforcement des droits des assurés valait aussi par analogie pour les autres types d'expertises (par ex. monodisciplinaires) que dans un arrêt du 3 juillet 2013 (ATF 139 V 349 c. 5.4). Donc, même le principe général invoqué par la recourante, selon lequel une jurisprudence doit être suivie dès qu'elle a été rendue, n'a guère de portée au cas d'espèce ne se rapportant pas à une expertise de COMAI, mais monodisciplinaire. Quoi qu'il en soit, la recourante méconnaît le fait que dans l'arrêt du 28 juin 2011, le TF lui-même a prévu que les expertises établies d'après l'ancien standard

procédural ne perdaient pas leur valeur probante à la suite des correctifs apportés dans l'ATF 137 V 210, mais qu'il était bien davantage décisif de savoir, lors de l'examen global du cas d'espèce avec ses données spécifiques et les griefs concrets soulevés, si le fait de se baser finalement, dans la décision contestée, sur les moyens de preuve disponibles résistait à l'examen à la lumière du droit fédéral (ATF 137 V 210 c. 6; SVR 2012 IV n° 48 c. 4.1.1).

Au cas particulier, il faut d'abord relever qu'au moment de l'annonce de l'expertise, la recourante n'a nullement réagi, ni à la lecture de l'identité de l'experte et de son lieu de travail (qui laissaient supposer un environnement alémanique; voir plus en détail sur ce point le c. 5.2.2 ci-dessous), ni face à la spécialisation de cette dernière, et ne s'est pas enquis des questions qui seraient posées ou d'autres spécificités complémentaires, alors que les règles de la bonne foi impliquent que la personne assurée doit faire valoir ses objections le plus tôt possible après avoir pris connaissance des points déterminants de l'expertise envisagée (ATF 138 V 271 c. 1.1). En outre, l'expertise fournie se conforme tout à fait au schéma que doit suivre un tel mandat et la recourante ne cite aucune question concrète qu'elle aurait posée et qui ne l'a pas été. C'est dès lors en vain que la recourante invoque les normes jurisprudentielles de renforcement des droits de participation des assurés dans le processus d'expertise médicale pour remettre en cause, de ce seul fait, la valeur de l'expertise neurochirurgicale dans son dossier. Le caractère probant de cette dernière devra être apprécié en fonction de ses qualités matérielles en tenant compte, le cas échéant, du fait qu'elle a été réalisée selon l'ancien standard. En effet, dans une telle situation transitoire particulière, le TF a jugé que la valeur probante des moyens de preuve ainsi recueillis est comparable à celle existant en présence d'avis médicaux émanant de médecins internes à l'administration (voir à cet égard ATF 135 V 465 c. 4).

5.2.2 Ainsi que relevé au c. 5.2.1, la recourante a donné suite sans réserve à la communication régulière du mandat d'expertise confié à une spécialiste exerçant dans une clinique alémanique. Au début de l'expertise, elle a formulé son mécontentement sur le principe même de devoir se soumettre à un tel examen médical, mais elle n'a émis aucun doute quant

au déroulement à venir de l'expertise, en allemand, et en la présence d'un traducteur (dos. AI 25/7). Du point de vue de la garantie constitutionnelle de la non-discrimination du fait notamment de la langue et de la liberté de la langue (art. 8 al. 2 et 18 Cst.), rien ne s'opposait par conséquent à ce que cette expertise soit effectuée dans un milieu où l'on ne s'exprime pas nécessairement dans l'une des langues officielles de la Confédération que la personne assurée maîtrise (ATF 128 V 34 c. 2a, 127 V 219). Même si la jurisprudence conseille de faire en sorte de choisir des experts maîtrisant la langue de leur vis-à-vis, elle admet que les assureurs sociaux procèdent différemment, étant entendu que dans une telle hypothèse, il est impératif, tant d'un point de vue médical qu'au regard des exigences d'objectivité, qu'il s'adjoigne les services d'un traducteur disposant des connaissances linguistiques nécessaires (TF I 642/01 du 25 juillet 2003 c. 3.1), ce à quoi, dans le cas de la recourante, l'Office AI et l'experte ont pourvu, l'interprète francophone ayant assisté à toute l'expertise (dos. AI 25/7).

La recourante décrit aussi une attitude très directive de l'experte qui l'aurait empêchée de s'exprimer à son aise. L'experte relate pour sa part ses difficultés à obtenir une description précise des douleurs ressenties par la recourante (dos. AI 25/9, 16 et 18). Même s'il est compréhensible que la personne examinée le ressente comme un manque d'écoute, il paraît normal qu'une neurologue en charge d'une expertise exige une certaine précision dans les réponses à ses questions et doive parfois reformuler ces dernières pour arriver à une simple alternative à trancher par oui ou non. La retranscription par l'experte des plaintes subjectives (dos. AI 25/9) ou encore celle de l'anamnèse familiale/professionnelle et sociale (dos. AI 25/7 et 8), qui complète le dossier déjà à disposition sur de nombreux détails, atteste du fait que la recourante ne s'est pas limitée à répondre (en raison de l'obstacle linguistique ou du comportement de l'experte) par "oui" ou "non" aux différentes questions posées et ne laisse transparaître aucun malentendu linguistique, bien au contraire. La recourante a été entendue et comprise. Du reste, les griefs d'ordre linguistique et relevant de l'attitude prétendument autoritaire de la spécialiste n'ont été invoqués que près d'une année après l'expertise, en mai 2012, lors de la rédaction des objections par le mandataire de l'assurée (dos. AI 31).

Aucun indice objectif ne permet donc non plus de remettre en cause la valeur probante de l'expertise sur ces plans. Le témoignage du traducteur au sujet du déroulement (objectif) de l'examen, de surcroît après plus d'un an, s'avère superflu, ainsi que l'avait déjà implicitement admis l'Office AI en pratiquant une appréciation anticipée des preuves.

5.2.3 Il est vrai que la jurisprudence publiée à l'ATF127 V 219 c. 2b/bb donne en principe droit à l'assuré qui le demande et n'est pas représenté par un avocat à une traduction gratuite du rapport d'expertise rédigé dans une langue nationale qu'il ne maîtrise pas. Or, ainsi que cela a déjà été souligné (c. 5.2.1 et 5.2.2), la recourante n'a formulé aucune objection s'agissant de la langue de l'expertise jusqu'au stade des observations sur le préavis, date à laquelle elle était déjà représentée. Eu égard à ces circonstances, la personne assurée ne peut pas obtenir la traduction du rapport d'expertise (ATF 131 V 35 c. 3.3 et les références; voir également TF 9C_37/2011 du 20 juin 2011 c. 4, in SVR 2012 IV n° 4 p. 13), ce que le TF a encore confirmé dans un arrêt récent (TF 9C_7/2014 du 27 mars 2014 c. 4.1.1). Par ailleurs, à la lecture des arguments avancés dans les écritures produites en procédure, il ne fait pas de doute que la recourante, par le biais de son mandataire, a saisi les tenants et les aboutissants de l'expertise litigieuse et pu se positionner par rapport à celle-ci.

5.3 Aucun vice formel n'entachant l'expertise au point d'en annihiler d'emblée tout caractère probant, il convient d'examiner la valeur de son contenu matériel, y compris les griefs (pouvant être également être compris sur un plan formel) relevant de la violation du devoir d'instruction de l'intimé. La recourante invoque en effet des lacunes à ce sujet, tant sous l'angle de l'épisode du "coup du lapin" prétendument survenu le 3 septembre 2009 (cf. recours p. 4) que quant au volet psychique (lequel aurait été totalement éludé, cf. recours p. 6).

5.3.1 Le 3 septembre 2009, la recourante, en sortant d'une place de parc, a touché un véhicule. Le cas, qualifié d'"épisode de coup du lapin" par la recourante, a fait l'objet d'une annonce à l'AA. Lors d'un entretien avec l'inspecteur de cette dernière, le 19 novembre 2009, le fait a été mentionné sous la rubrique "divers" avec la précision que les douleurs à la nuque s'étaient alors ravivées, mais que la capacité de travail de 50% persistait depuis le 16 mars 2009 (dos. AI 20.12/3). On note que cet événement n'a nullement été mentionné ni dans le rapport médical du

22 septembre 2009 de la généraliste traitante, ni dans la correspondance du 24 septembre 2009 de l'avocat alors récemment mandaté en procédure de l'AA, ni dans l'opposition du 17 décembre 2009. Le médecin-conseil de l'AA a constaté que cet accident était survenu à une vitesse restreinte et qu'il n'avait tout au plus engendré qu'une aggravation passagère, épisode clôturé à fin septembre selon certificat du 12 octobre 2009 de la généraliste traitante (dos. AI 20.5/2). Cet événement n'a en outre pas été ignoré par la neurologue chargée de l'expertise qui l'a mentionné dans son rapport (dos. AI 25/16). Sous l'angle de l'AI (contrairement au concept de causalité régissant l'AA), il importait peu d'élucider la part des douleurs à la nuque ressenties par la recourante causées par des séquelles accidentelles (provenant éventuellement des événements du 2 août 2008 ou du 3 septembre 2009). Une instruction supplémentaire de cet épisode de la part de l'Office AI était donc totalement superflue.

5.3.2 Contrairement à ce qui est allégué dans le recours, la valeur de l'expertise neurologique ne peut au surplus être remise en cause au motif qu'elle ne tiendrait pas compte du volet psychique. Il n'incombait en effet pas à la neurologue de se prononcer à ce sujet hors de sa spécialisation.

5.3.3 Pour le surplus également, le rapport présenté par la neurologue mandatée par l'Office AI répond à tous les critères posés par la jurisprudence. Etabli sur la base d'une parfaite connaissance du dossier et d'un entretien personnel avec l'assurée ayant permis de compléter les données déjà consignées dans les autres documents préalables, il s'appuie sur un examen neurologique fouillé et complet, dont le résultat a été livré et discuté avec minutie. Les plaintes subjectives de la recourante ont été soigneusement consignées, de même que les circonstances dans lesquelles elles ont pu être recueillies, et ont été mises en relation avec les observations objectives découlant des examens cliniques pratiqués et résultant aussi des clichés radiologiques déjà effectués (c. 3.4 ci-dessus). Cette expertise résiste également à l'examen en fonction des critères plus stricts applicables aux avis des médecins internes à l'administration (c. 5.2.1 ci-dessus). Elle apparaît concluante, est motivée de façon compréhensible et est dépourvue de contradictions; il n'existe aucun indice contre sa fiabilité et son objectivité (ATF 125 V 351 c. 3b/ee), et ce bien que les questions posées n'aient pas été fournies à la recourante.

Il y a donc lieu de tabler sur les résultats auxquels l'expertise aboutit, à savoir (voir c. 4.5 ci-dessus), sur la base de syndromes douloureux, chroniques aux niveaux cervico-brachial et lombaire, une capacité de travail entière, moyennant une perte de rendement de 20% au maximum dans une activité légère à moyenne (telle celle exercée après adaptation), ne demandant pas le port de charges supérieures à 15 kg, permettant de varier les positions au niveau des vertèbres cervicales et excluant tous travaux répétitifs au-dessus de la tête.

5.3.4 S'agissant de l'instruction au plan psychique, quand bien même ces avis revêtent un caractère succinct, il convient de se fonder sur les trois rapports médicaux fournis par le psychiatre traitant (c. 4.4 et 4.7 ci-dessus) faisant état des diagnostics spécialisés de ce dernier.

A raison, la recourante critique l'évaluation du 10 octobre 2012 du généraliste du SMR concluant à une guérison du trouble anxio-dépressif du seul fait de l'arrêt de la thérapie signalé par le psychiatre traitant. Cet avis du SMR, non spécialisé, est hâtif et n'a pas de caractère probant sur le plan médical. En effet, les derniers rapports du psychiatre traitant mentionnent un pronostic restant réservé, en estimant que les douleurs, les symptômes de tristesse et d'angoisse et les troubles du sommeil influencent négativement la capacité de travail. Par ailleurs, il a confirmé avoir prescrit une médication relaxante et combattant les troubles du sommeil, mais que le traitement antidépresseur médicamenteux tenté avait provoqué une réaction allergologique (œdèmes) impliquant sa cessation constatée déjà dans le premier rapport. Dans cette optique, il faut aussi tenir compte de l'opinion, également non spécialisée, de la généraliste traitante, qui en décembre 2010, constatait une évolution dans le sens de troubles douloureux chroniques (dos. AI 6/2) et de l'orthopédiste traitant, qui fait part, en mai 2012, d'une suspicion de fibromyalgie (dos. AI 33/3), donc de diagnostics corroborant l'existence de composantes psychiques.

6.

6.1 Il faut déduire du calcul d'invalidité (dans la part d'activité lucrative) opéré par l'Office AI, ignorant toute incapacité de travail psychique en plus de l'évaluation de perte de rendement découlant de l'expertise neurologique, qu'il a procédé à une

évaluation juridique (et non médicale) du caractère invalidant des troubles psychiques mis en évidence par le spécialiste traitant et qu'il a interprété dans ce sens la prise de position de son SMR faisant état d'une guérison.

6.1.1 Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants (auquel s'assimilent notamment les syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique [ATF 139 V 346 c. 2] dont la fibromyalgie, le syndrome d'anxiété généralisée au sens du ch. F 41.1 CIM-10 [JAB 2011 p. 471] et aussi les séquelles d'accidents de type "coup du lapin" [ATF 137 V 64 c.4.2]) ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus du travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères (ATF 137 V 64 c. 4.1, 136 V 279 c. 3.2.1, 131 V 49 c. 1.2, 130 V 352 c. 2.2.3).

Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de

vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (ATF 130 V 352 c. 2.2.5; TF 9C_850/2013 du 12 juin.2014 c. 3.2 [publication prévue], TF I 515/03 du 15 septembre 2004 c. 2.2).

6.1.2 En l'espèce, il apparaît que les diagnostics posés par le psychiatre, la généraliste, l'orthopédiste et traumatologue traitants convergent vers l'existence de tout au moins une part de syndromes sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, voire de fibromyalgie. L'experte a également mis en évidence de façon convaincante que de nombreux signes montraient que l'amplitude des douleurs et handicaps décrits ne reposait pas sur un substrat objectif. Le psychiatre traitant a posé des diagnostics correspondant à un trouble dépressif récurrent, dans un premier temps, selon la cote F33.11 de la CIM-10, qui correspond à un trouble dépressif, épisode actuel moyen, avec syndrome somatique, puis selon la cote F33.10, soit un trouble du même genre mais sans syndrome somatique. Dans ses rapports, le psychiatre relate que dans un contexte de douleurs diffuses ressenties après un accident (sensations de brûlure, épaule gauche et nuque), la recourante a développé des symptômes anxio-dépressifs (tristesse, baisse de l'élan vital, troubles du sommeil, symptômes d'angoisse) mêlés à un sentiment d'injustice, ne se sentant pas reconnue dans sa souffrance. Il a estimé que bien qu'elle fût influencée négativement par ces troubles, l'activité exercée était encore exigible à raison de 50%. Il a également signalé dans son dernier rapport que son traitement avait été interrompu à fin novembre 2011. Lors de l'enquête sur le ménage effectuée le 10 février 2012, la recourante a mentionné consulter le psychiatre selon ses besoins de médicaments et être suivie toutes les six semaines par une psychologue.

Face à cette évaluation psychiatrique, il faut d'abord constater que le spécialiste traitant n'a diagnostiqué qu'une forme légère de trouble dépressif récurrent. En effet, les formes graves, qui présentent des points communs avec des concepts de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène, sont classées par la CIM-10 sous les cotes F33.2 et F33.3 (voir CIM-10, introduction au ch. F33). En outre, il a calqué son évaluation de la capacité de travail sur celle des autres médecins, en fonction de l'activité réellement exercée et, par conséquent, des douleurs ressenties. Le fait que la recourante, bien que n'ayant pas supporté un traitement antidépresseur proposé,

ait interrompu le traitement psychiatrique sur ce plan montre aussi que le trouble dont elle souffre ne peut être qualifié de comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée par rapport au symptôme douloureux qui a été diagnostiqué. Cette circonstance à laquelle la jurisprudence citée précédemment (c. 6.1.1 ci-dessus) accorde un poids déterminant pour exceptionnellement renverser la présomption d'exigibilité en présence d'un trouble somatoforme douloureux ne peut être considérée comme remplie en l'espèce (voir aussi TF 9C_429/2012 du 19 septembre 2012 c. 3.2, TF 9C_214/2007 du 29 janvier 2008 c. 4.2: un épisode dépressif moyen [le cas échéant réactionnel: TF 9C_302/2012 du 13 août 2012 c. 4.3.2 pas publié dans ATF 138 V 339] n'est en soi en principe pas de nature invalidante car il est surmontable).

Quant aux autres critères pouvant jouer un rôle dans l'appréciation de l'exigibilité énumérés par la jurisprudence, en l'occurrence, il ressort du dossier que la chute du 2 août 2008 a représenté une césure dans la vie de la recourante qui, depuis lors, éprouve avec douleurs et abattement les diagnostics dégénératifs constatés dans son épaule gauche, sa colonne cervicale et lombaire. Si l'on ne peut nier l'existence d'affections corporelles devenues chroniques et d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, il ressort des résultats d'examens sur lesquels s'est fondée l'experte que les syndromes objectifs doivent être largement relativisés. Rien au dossier ne permet en outre d'étayer une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. La description des symptômes dépressifs, l'interruption du traitement psychiatrique avant que d'autres thérapies que la médication anti-dépressive mal supportée aient pu produire leurs effets, de même que les différences relevées par l'experte entre l'intensité des douleurs décrites et les constats objectifs vont à l'encontre de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Hormis le traitement psychiatrique, la recourante explique certes avoir suivi d'autres thérapies (médication antalgique aussi sous forme d'infiltrations, physiothérapie, acupuncture, ostéopathie, thérapie neurale, iridologie; dos. AI 20.12/2 et 26/2 notamment), ce qui démontre une attitude coopérative de sa part. La recourante elle-même reconnaît que ces traitements ont apporté un peu de soulagement (dos. AI 26/2) et les suggestions thérapeutiques formulées par l'experte montrent que toutes les possibilités n'ont pas été épuisées (même sans

nécessité d'opération). On ne saurait dès lors parler de l'échec total de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (SVR 2011 IV n° 26 c. 3.2.1). Il en résulte, ainsi que l'Office AI l'a estimé, que les critères susceptibles d'être déterminants ne se manifestent pas ni n'imprègnent les constatations médicales d'une façon si décisive qu'il faille en déduire qu'un effort de volonté de la part de la recourante pour élever son taux d'activité n'est pas exigible. Ce constat s'impose d'autant plus que certains traits d'exagération des maux ont été relevés et étayés dans l'expertise (ATF 131 V 49 c. 1.2).

C'est par conséquent en vain que la recourante allègue que son état de santé psychique n'a pas été suffisamment pris en considération. Du point de vue juridique, l'intimé s'est à raison fondé sur la seule perte de rendement résultant de l'expertise neurologique pour évaluer l'invalidité de la recourante en excluant toute incapacité de travail psychique qui ne se recouperait pas déjà avec celle attestée par l'experte. Cette thèse est encore renforcée par le fait que l'experte s'est référée à un système d'évaluation médico-social, susceptible d'être influencé par des éléments dépassant en principe les indications purement médico-théoriques sur lesquelles l'AI devrait se fonder (c. 3.5 ci-dessus). Une instruction complémentaire sur le plan psychique est superflue.

6.2 La décision contestée arrive à une incapacité de gain - à savoir une invalidité dans la part consacrée à l'activité lucrative - de 36,27%, en comparant deux revenus hypothétiques, l'un sans invalidité calculé en fonction du salaire versé par l'employeur en 2010 et l'autre, avec invalidité, fondé sur des données statistiques indexées à 2009, diminué de deux fois 20% en raison des handicaps et du rendement réduit.

La demande a été déposée le 11 novembre 2010 et le délai de six mois de l'art. 29 al. 1 LAI échoit en 2011. C'est cette année, au cours de laquelle au plus tôt le droit à une rente pourrait prendre naissance, qui est déterminante pour procéder à la comparaison des revenus (ATF 129 V 222).

Le revenu d'assurée valide doit en l'occurrence être calculé à partir du salaire qui aurait été réalisé en 2011 par la recourante chez son employeur au taux de 80%, qui, selon une vraisemblance prépondérante, aurait été maintenu sans l'atteinte à la santé (ATF 134 V 322 c. 4.1, 129 V 222

c. 4.3.1). Ce revenu se monte à Fr. 42'609.60 (dos. AI 12/2: Fr. 3'242.- x 13 = Fr. 42'146.- indexés à 2011 [2010: 100 / 2011: 101,1 selon table T1.2.10, indice des salaires nominaux, base 2010=100 – femmes, branche C: industrie manufacturière, accessibles sur le site internet de l'Office fédéral de la statistique, OFS]).

Le revenu d'assurée avec invalidité a été calculé par l'intimé sur une base statistique du fait que l'emploi occupé implique en principe la manutention de pièces de plus de 15 kg, bien que les modalités de travail aient été adaptées par l'employeur (dos. AI 20.12/2 et 25/7 et 8). En suivant l'intimé, il convient donc de tabler sur un revenu fondé sur 80% de la valeur "Total", femmes, niveau 4 du TA1 de l'Enquête suisse sur le salaires (ESS) 2010 (ATF 135 V 297 c. 5.2), indexé à 2011 (2010: 100 / 2011: 101,0 selon table T1.2.10 précitée), adapté à l'horaire usuel de 41,7 heures hebdomadaires (ATF 126 V 75 c. 3b/bb) en cours en 2011, à savoir Fr. 42'706.65 (0,8 x Fr. 4'225.- x 12 x 101,0 / 100 x 41,7 / 40). En diminuant ce revenu de la perte de rendement médicale de 20% découlant de l'expertise, on obtient Fr. 34'165.30. Sur ce montant, l'intimé a encore consenti un abattement de 20% afin de tenir compte des limitations liées au handicap de la recourante (ATF 135 V 297 c. 5.2, 134 V 322 c. 5.2; SVR 2011 IV n° 31 c. 4.1.1). Cet abattement, en plus des 20% de perte de rendement médical (qui prend déjà en compte les handicaps) paraît généreux, mais il peut s'expliquer par d'autres facteurs, notamment l'âge de la recourante et l'absence de formation; il ne se justifie donc pas d'intervenir dans le pouvoir d'appréciation de l'intimé. On aboutit ainsi à un revenu avec invalidité de Fr. 27'332.25.

La perte de gain est donc de Fr. 15'277.35 (Fr. 42'609.60 – Fr. 27'332.25), qui correspond à un taux de 35,85%. A noter que si l'on partait du principe que l'emploi actuel est adapté au handicap, il faudrait comparer deux revenus semblables et l'invalidité serait de 36% (100 – [100 x 0,8 x 0,8]; comparaison en pour-cent; ATF 114 V 310 c. 3a).

7.

7.1 Pour la part revenant à l'activité ménagère, l'intimé, entérinant les constatations de son service des enquêtes, a retenu un taux

d'empêchement global de 27,5% (avant pondération). La requérante, hormis le problème l'interaction entre les deux domaines d'activité (c. 8.2 ci-dessous), doute du caractère probant du rapport d'enquête en relevant des contradictions dans la pondération de l'activité sans handicap et de l'empêchement et en contestant la prise en considération de l'aide exigible de tiers (recours p. 6-7).

7.2 Le rapport d'enquête économique du 17 avril 2012 fondé sur une enquête à domicile du 10 février 2012 sur lequel l'Office AI s'est basé répond aux exigences jurisprudentielles en la matière (c. 3.6). Il procède d'un examen des empêchements que la requérante rencontre concrètement dans ses travaux ménagers, dans sa situation particulière. Ce rapport a de plus été rédigé par une personne qualifiée, connaissant les conditions locales et le lieu de vie de l'assurée, à la suite d'un entretien avec celle-ci. Il est motivé de manière plausible et adéquatement détaillé en ce qui concerne les diverses limitations déterminantes au cas particulier (et non pas de façon abstraite dans un ménage moyen), et a été élaboré en application de la méthode spécifique prescrite par les directives en la matière (Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'AI [CIIAI] édictée par l'Office fédéral des assurances sociales [OFAS], éd. valable dès le 1^{er} janvier 2011 et 2014, ch. 3081 ss). A cet égard, l'enquêtrice a notamment pris en considération le fait que la requérante, en vertu de son obligation de diminuer le dommage, doit réorganiser ses activités ménagères de telle manière qu'elle soit en mesure de les effectuer correctement. Il est ainsi exigible de sa part qu'elle s'aménage des pauses pour mieux gérer sa fatigabilité ou encore qu'elle répartisse son travail sur une plus longue durée. L'enquêtrice a en outre tenu compte de l'aide exigible des proches de l'assurée qui, dans le contexte de l'invalidité, dépasse la mesure de l'aide usuelle apportée dans un ménage de personnes en bonne santé (ATF 130 V 97 c. 3.3.3; SVR 2008 IV n° 31 c. 42).

Comme l'a expliqué le service des enquêtes de l'intimé dans ses prises de position des 11 juillet 2012 et 28 août 2013, il est exigible de l'assurée qu'elle planifie les travaux ménagers importants, non quotidiens, les jours où elle ne travaille pas pour son employeur et où ils peuvent le cas échéant

être délégués à des proches. De plus, contrairement à ce qu'elle prétend, il est proscrit de se concentrer sur les capacités propres de la personne assurée. Selon la pratique approuvée par la jurisprudence, il est impératif de tenir compte de l'aide de tiers vivant dans le ménage ou de proches, tels ici le mari et aussi leur fille, qui occupe un autre appartement de la maison et mange à midi avec ses parents. Ce n'est que si cette aide occasionne une perte de gain ou une charge disproportionnée pour ces personnes qu'elle ne doit pas être prise en considération. Il convient de se fonder sur l'organisation qu'adopterait une famille raisonnable face aux empêchements de l'un ou l'autre de ses membres si elle ne pouvait compter sur aucune prestation d'assurance (ATF 133 V 504 c. 4). S'agissant des prétendues différences d'appréciation des empêchements dans les différentes rubriques par rapport, notamment, aux efforts respectifs exigés, comme l'a exposé le service des enquêtes, il a justement été tenu compte des possibilités de délégation à des tiers. Ainsi, les travaux lourds d'entretien du logement et relatifs à l'alimentation (qui profitent à toute la famille) peuvent plus facilement être entrepris en plus de son travail par le mari de la recourante que les tâches répertoriées sous la rubrique "divers" (petit jardinage, promenades avec le chien, crochet et broderie) qui, en grande partie, représentent les occupations de loisirs que la recourante pratique (ou pratiquait) surtout pour son propre plaisir ou sa réalisation personnelle. Dans le même ordre d'idée, les tâches inhérentes à la préparation régulière des repas peuvent moins être répercutées sur les tiers que les tâches occasionnelles, d'où un taux d'empêchement plus largement accordé dans le domaine de l'alimentation que dans celui de l'entretien du logement.

7.3 En conséquence, une pleine valeur probante doit être accordée au rapport d'enquête du 17 avril 2012. Les objections de la recourante ne permettent pas une autre conclusion, au vu des principes rappelés ci-dessus et des constatations faites lors de l'enquête.

8.

8.1 La recourante ne conteste pas, à raison, le statut mixte de 80% d'activité lucrative et de 20% de travaux ménagers qui lui a été attribué. Selon la vraisemblance prépondérante (degré d'appréciation généralement

déterminant en droit des assurances sociales [ATF 138 V 218 c. 6]), rien au dossier ne permet en effet de penser que, si elle avait continué de se sentir en bonne santé, elle aurait changé le taux d'activité lucrative précédemment choisi (ATF 133 V 504 c. 3.3, 125 V 146 c. 2c).

8.2 Il suit dès lors de l'ensemble de ce qui précède que le taux global pondéré d'invalidité comprenant l'incapacité de gain ($80\% \times 36$ [variante la plus favorable à la recourante] = 28,8%) et les empêchements ménagers ($20\% \times 27,5\% = 5,5\%$) doit être fixé à 34%. En l'absence d'une incapacité de gain de 40% au moins (c. 3.3 ci-dessus), c'est dès lors à bon droit que l'intimé a rejeté la demande de rente de la recourante.

8.3 La recourante estime toutefois aussi que l'appréciation des faits effectuée dans le rapport d'enquête est manifestement erronée et abusive, dans la mesure où les enquêteurs n'ont pas tenu compte de ses empêchements les jours où cette dernière exerce son activité lucrative.

Selon la jurisprudence (ATF 134 V 9 c. 7.3), des répercussions de l'exercice de l'activité lucrative sur l'activité ménagère ne peuvent être retenues que si des indices concrets existent quant à une interaction provoquant une diminution réciproque du rendement et si la capacité de travail résiduelle dans l'activité lucrative est entièrement mise à profit (une éventuelle prise en considération des interactions doit toujours avoir lieu en partant du domaine d'activité proportionnellement le plus important vers le domaine moins important). Tel n'est pas le cas ici. Il n'existe pas d'indices particuliers parlant en faveur d'une interaction et, surtout, le revenu hypothétique avec invalidité retenu est fondé sur un taux d'occupation de 80% (et une perte de rendement de 20%), alors que l'expertise reconnaît une capacité de travail entière avec une perte de rendement de 20% dans un emploi adapté. Quoi qu'il en soit, eu égard à la limite de 15% fixée au taux d'interaction, même s'il s'appliquait, le seuil de 40% d'invalidité (après pondération dans les deux domaines: $33,12\% + 5,5\%$) ne serait pas atteint.

9.

9.1 Il résulte de tout ce qui précède que le recours doit être totalement rejeté. En résumé, la décision entreprise ne peut qu'être confirmée. Elle a été rendue dans une procédure respectant le droit d'être entendue de la

recourante et toute mesure probatoire supplémentaire à ce sujet est superflue. Elle se fonde à bon escient sur les résultats de l'expertise neurologique, qui n'est pas viciée ni sur le plan formel ni au niveau matériel et dont la force probante est avérée. C'est également à juste titre que, sur le plan juridique, l'intimé a dénié tout caractère invalidant (indépendant) au trouble dépressif attesté médicalement. Sur ces bases (suffisantes et qui n'appellent pas d'instruction supplémentaire), après mise au point de détail du calcul de l'incapacité de gain et prise en compte de l'estimation des empêchements ménagers évalués de manière conforme à la loi et à la jurisprudence par le service compétent en la matière, l'estimation pondérée de l'invalidité de la recourante, en fonction de son statut mixte, aboutit à un taux de 34% n'ouvrant pas le droit à une rente AI.

9.2 En dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Les frais de procédure, fixés à Fr. 700.-, sont mis à la charge de la recourante, qui succombe, et sont compensés par son avance de frais (art. 69 al. 1^{bis} LAI et 108 al. 1 LPJA).

9.3 Il n'y pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'Office AI qui agit dans l'accomplissement d'une tâche de droit public (art. 61 let. g LPGA, 104 al. 1 et 3 et 108 al. 3 LPJA).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.
2. Les frais de la présente procédure, fixés forfaitairement à Fr. 700.-, sont mis à la charge de la recourante et compensés par son avance de frais.
3. Il n'est pas alloué de dépens.
4. Le présent jugement est notifié (R):
 - au mandataire de la recourante,
 - à l'intimé,
 - à l'Office fédéral des assurances sociales.

La présidente:

La greffière:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).