

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2158/2016

ATAS/1041/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 13 décembre 2016**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A \_\_\_\_\_, soit pour elle son père, Monsieur B \_\_\_\_\_,                      recourante  
THÔNEX

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE                      intimé  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née \_\_\_\_\_ 1990, a été victime le 19 août 2007 d'un accident de la circulation. Elle a déposé le 14 juin 2011 auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) une demande de prestations. Elle allègue souffrir de cervicalgies invalidantes depuis son accident.
2. À la demande de l'assureur perte de gain, la Nationale Suisse Assurances, deux expertises neurologiques ont été réalisées par le docteur C \_\_\_\_\_, neurologue, les 13 avril 2010 et 22 août 2011.

En 2010, l'expert a posé les diagnostics suivants, sans influence sur la capacité de travail : status post distorsion cervicale de degré IV avec fracture-tassement de C7 en 2007, sans pathologie intrarachidienne, discopathie D4-D5, scoliose cervico-dorso-lombaire depuis l'enfance.

En 2011, il a constaté que l'assurée présentait des troubles sensitivomoteurs facio-brachio-cruraux gauche sans substrat somatique objectivable, s'inscrivant dans un processus de chronicisation/invalidation progressif. Il considère qu'elle est capable de travailler dans une activité légère, ne nécessitant pas le port de charges régulier de plus de 10 kg, autorisant des changements de positions fréquents de la nuque et de l'ensemble du corps (assis/debout). Il note que les activités d'aide en pharmacie ou de vendeuse sont adaptées à ces limitations fonctionnelles, mais pas celle d'aide-soignante.

3. Par décision du 26 septembre 2011, l'OAI a rejeté sa demande de prestations et refusé d'entrer en matière.
4. Suite à un second accident survenu le 17 février 2015, le Dr C \_\_\_\_\_ a procédé, à la demande de l'assureur perte de gain, à un nouvel examen des pièces d'imagerie réalisées entre 2011 et 2015.

Par courrier du 3 juin 2015, il a déclaré que

« L'examen radiologique du 05.04.2011 permet d'objectiver un status post-fracture tassement de C7 ainsi qu'une anomalie discale de D4-D5. On note en outre la présence déjà sur les clichés de 2011 de troubles statiques vertébraux anciens modérés, sans rétrécissement du canal spinal, sans compression radiculaire ou médullaire et sans images d'hyperintensité pathologique de la moelle épinière en T2. L'alignement global des vertèbres reste satisfaisant notamment au niveau C6-C7 et C7-D1, avec absence d'angulation pathologique significative à ce niveau.

L'IRM de la colonne cervicale pratiquée le 23.02.2015 doit être considérée comme globalement superposable à celle de 2011, n'apportant pas la preuve d'une aggravation significative des troubles statiques vertébraux post-traumatiques ainsi que des altérations dégénératives disco-vertébrales déjà observées en 2011, tant en ce qui concerne les conséquences directes et indirectes du traumatisme de 2007 qu'en relation avec des altérations dégénératives disco-vertébrales indépendantes de l'accident.

Sur la base des éléments susmentionnés, je considère que les bilans radiologiques de 2011 et 2015 ne font pas la preuve d'une évolution actuellement significative vers une arthrose cervicale justifiant l'attribution actuellement d'une atteinte à l'intégrité supplémentaire de 5 à 10% par rapport à l'atteinte à l'intégrité retenue préalablement (rapport du 22.08.2011) ».

5. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations le 11 septembre 2015, précisant qu'elle souffrait d'une scoliose détectée à l'âge de 12 ans et des suites d'un nouvel accident survenu le 17 février 2015 avec fractures cervicales (C7) causant l'aggravation de ses cervicalgies, le tassement des vertèbres, des troubles vertébraux et une arthrose précoce.

Elle a indiqué avoir entrepris un apprentissage d'assistante en pharmacie du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 31 décembre 2007, mais sans avoir obtenu le CFC y relatif, et être titulaire d'un certificat d'auxiliaire de vie délivré en janvier 2011 par la Croix-Rouge genevoise. Elle a ajouté qu'elle était femme au foyer.

6. Dans un rapport du 6 octobre 2015, le docteur D\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a confirmé que l'assurée avait été victime d'un nouvel accident de la circulation le 17 février 2015. Il a posé le diagnostic d'entorse cervicale post-traumatique, diagnostic sans effet sur la capacité de travail, précisant qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à plein temps à partir du mois de mars 2015. Selon lui, l'assurée ne présente aucune limitation fonctionnelle depuis cette date.
7. Le 23 novembre 2015, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, rejetant sa demande de rente, et considérant que des mesures d'ordre professionnel n'étaient pas indiquées.
8. Répondant tardivement à la demande d'informations de l'OAI, soit le 15 décembre 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_ du Centre médical et sportif de Peillonex, a retenu les diagnostics suivants, ayant un effet sur la capacité de travail : status post fracture C7 traitement conservateur, accident de la voie publique (2007), cervico-scapulalgies avec paresthésies D3-4-5 gauches sur un arthrose pluri-étagée de C7-D1, stress post-traumatique, status post entorse cervicale, accident de la voie publique (18 février 2015) et scoliose (depuis l'enfance).

Elle a fixé l'incapacité de travail de l'assurée à 100% depuis 2007, ajoutant qu'en raison de douleurs cervico-scapulaires et dorsales invalidantes, celle-ci est dans l'incapacité de rester debout ou assise, et ne peut travailler plus de deux heures.

9. Par courrier du 11 janvier 2016, l'assurée a contesté le projet de décision de l'OAI. Elle constate qu'il fait suite au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2015, et relève que l'examen de ce médecin date du mois de mars 2015 déjà et que son cas a à nouveau été examiné par le Dr C\_\_\_\_\_ pour la Nationale Suisse le 3 juin 2015. De plus, un rapport complémentaire a été rédigé par la Dre E\_\_\_\_\_ le 15 décembre 2015.

10. Il résulte d'une note téléphonique du 13 janvier 2016, que le Dr D\_\_\_\_\_ a repris la patientèle du Dr F\_\_\_\_\_ et n'a vu l'assurée qu'à deux reprises.

11. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a relevé, le 26 janvier 2016, que

« Au total, cette assurée a présenté une distorsion cervicale de degré IV avec une fracture-tassement de C7 en 2007. Depuis 2011, il existe des douleurs en partie subjective et des troubles sensitivomoteurs facio-brachio-cruraux G sans substrat somatique objectivable. En février 2015, l'assurée présente une nouvelle entorse cervicale, sans nouvelle lésion anatomique. L'expert neurologue et le neurochirurgien traitant, n'attestent pas d'incapacité de travail en lien avec ces atteintes. L'existence de troubles statiques et dégénératifs du rachis connus de longue date doit cependant faire respecter certaines limitations fonctionnelles.

Dans une activité légère, ne nécessitant pas de port de charges régulier de plus de 10 kg, autorisant des changements de positions fréquents de la nuque et de l'ensemble du corps, la capacité de travail de l'assurée reste entière depuis toujours ».

Selon le médecin du SMR, la situation décrite par le médecin traitant le 15 décembre 2015 n'apporte pas d'éléments nouveaux parlant pour une aggravation de l'état de santé.

12. Le statut de l'assurée a été qualifié par l'OAI de ménagère à 100%. Il a tenu compte du fait qu'âgée de 25 ans, elle était mariée et avait deux enfants, nés en 2010 et 2014. Elle a, au surplus, mentionné dans ses deux demandes, tant celle du 14 juin 2011 que celle du 15 septembre 2015, être mère au foyer (cf. note du 10 février 2016).

Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 25 avril 2016 au domicile de l'assurée. L'assurée a déclaré que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à 50% dans le domaine de la vente, ce pour des raisons financières. Elle décrit en effet une situation financière très difficile, son mari étant au chômage, et ajoute que sa mère a la possibilité de lui garder ses enfants.

Il a été retenu un empêchement pondéré sans exigibilité de 45,60%, une exigibilité de 26,70% et un empêchement pondéré avec exigibilité de 18,90%. Il est précisé que l'époux et la mère exécutent les travaux ménagers qu'en raison de son invalidité elle ne peut plus accomplir elle-même. L'exigibilité a été retenue en tenant compte du fait que l'assurée vit sous le même toit que son époux qui peut participer aux tâches ménagères.

L'OAI a conclu, au vu de l'enquête, à un statut mixte, considérant qu'en bonne santé, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à 50% et aurait consacré les 50% restants à son activité habituelle dans la sphère ménagère (cf. note du 12 mai 2016).

13. Par décision du 18 mai 2016, l'OAI a rejeté la demande de prestations AI (rente et mesures d'ordre professionnel). Il se réfère à l'avis du SMR du 26 janvier 2016, selon lequel, après avoir examiné les nouvelles pièces apportées au dossier, la

capacité de travail de l'assurée est pleinement exigible au plan strictement médical dans l'exercice de son activité habituelle, et ce depuis toujours.

14. L'assurée, représentée par son père, Monsieur B\_\_\_\_\_, a interjeté recours le 25 juin 2016 contre ladite décision. Elle prend acte de ce que le statut de ménagère mixte lui a été reconnu et admet les conclusions de l'enquête économique ménagère. Elle conteste en revanche avoir une pleine capacité de travail dans son activité professionnelle habituelle, soit une activité d'assistante en pharmacie ou de vendeuse. Elle considère que l'OAI n'a notamment pas tenu compte de l'arthrose qu'elle a développée et qui contribue notablement à l'aggravation de ses douleurs. Elle rappelle également que le Dr C\_\_\_\_\_, dans son avis du 3 juin 2015, « a explicitement réservé la nécessité d'une nouvelle expertise de *l'assurée* ».

Elle considère que la décision se fonde sur un rapport erroné du SMR, ce dernier reposant lui-même sur les conclusions erronées de l'expert neurologue et du rapport erroné du neurochirurgien traitant. Elle conclut dès lors à ce qu'une expertise soit ordonnée par l'OAI afin que son incapacité de travail et son taux d'invalidité actuel soient réexaminés et à ce que des mesures de réadaptation liées à son état et à son long parcours professionnel lui soient accordées.

15. Dans sa réponse du 19 juillet 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il rappelle que selon le complément d'expertise du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 juin 2015, « les bilans radiologiques de 2011 et 2015 ne font pas la preuve d'une évolution actuellement significative vers une arthrose » et « la preuve d'une arthrose précoce ou d'une aggravation significative des troubles statiques vertébraux antérieurs n'étant pas démontrée au présent bilan ». Dans son expertise du 22 août 2011, l'expert retenait déjà « le diagnostic de status après distorsion cervicale de degré IV selon le Québec Task Force, surchargée actuellement de douleurs en partie subjective et de troubles sensitivo-moteurs facio-brachio-crurax gauches sans substrat somatique objectivable ».

16. Dans sa réplique du 18 août 2016, l'assurée a souligné que, contrairement aux deux spécialistes, le médecin traitant qui la suit régulièrement a pu observer le long processus de la dégradation de son état de santé. Il est ainsi en mesure d'affirmer qu'elle a développé une arthrose au fil du temps, laquelle génère des douleurs importantes. Les docteurs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ de la Clinique de la Colline ont procédé à une IRM de la colonne cervicale le 23 février 2015 et ont constaté ce qui suit :

« Séquelles de tassement de la vertèbre C7 sans recul du mur postérieur avec petite perte de hauteur du cor vertébral. Pas de tassement vertébral ou de fracture cervicale d'allure récente. Uncarthrose pluri-étagée de C5/C6 à C7/T1 associant des débords disco-ostéophytiques restant modérés s'étendant un peu plus au foramen gauche notamment en C7/T1, sans conflit décelable. Discopathie T1/T2 avec protrusion pré-foraminale gauche sans conflit individualisable ».

L'assurée considère dès lors que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 juin 2015 est lacunaire et surtout contradictoire, et que

« l'OAI ne peut pas faire abstraction des certificats du médecin traitant qui examine régulièrement la recourante, ni des constatations radiographiques des médecins de la Clinique de la Colline et ainsi se retrancher derrière les avis des deux spécialistes, les docteurs D\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ qui ont statué uniquement sur dossier ».

Aussi persiste-t-elle dans ses conclusions.

17. Dans sa duplique du 9 septembre 2016, l'OAI a confirmé la décision litigieuse, considérant qu'il n'y avait pas de motif de s'écarter des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_.
18. Ces écritures ont été transmises à l'assurée et la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable.
3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, plus particulièrement à des mesures de réadaptation.
5. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; 130 V 71) pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

---

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait

consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. En l'espèce, l'OAI a dans un premier temps retenu pour l'assurée un statut de ménagère. Au vu de l'enquête économique sur le ménage réalisée le 25 avril 2016, et plus particulièrement des déclarations de l'assurée selon lesquelles en bonne santé, elle aurait travaillé à mi-temps dans le domaine de la vente, il a toutefois conclu à un statut mixte (50%-50%). L'assurée en a pris note et ne le conteste pas.
9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales

doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
12. En l'espèce, il convient d'examiner si l'état de santé de l'assurée a subi, depuis le 26 septembre 2011, un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations.
13. Lors de sa première décision du 26 septembre 2011, refusant à l'assurée toute prestation, l'OAI s'est fondé sur les deux expertises du Dr C\_\_\_\_\_, selon lesquelles elle était capable de travailler dans une activité légère, ne nécessitant pas le port de charges régulier de plus de 10 kg, autorisant des changements de positions fréquents de la nuque et de l'ensemble du corps (assis/debout), et en a conclu que les activités d'aide en pharmacie ou de vendeuse étaient adaptées à ces limitations fonctionnelles, mais pas celle d'aide-soignante.
14. Suite à la nouvelle demande de prestations déposée le 11 septembre 2015, l'OAI a retenu, dans sa décision querellée du 18 mai 2016, que la capacité de travail de l'assurée restait entière dans une activité légère, ne nécessitant pas de port de charges régulier de plus de 10 kg, autorisant des changements de positions

fréquents de la nuque et de l'ensemble du corps depuis toujours. Il s'est référé au rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2015, lequel a précisé qu'on pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à plein temps à partir du mois de mars 2015.

15. Lorsque l'assurée a contesté le projet de décision du 23 novembre 2015 rejetant sa demande de prestations, elle a reproché à l'OAI d'avoir tenu compte du rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 6 octobre 2015, alors que ce médecin l'avait examinée en mars 2015, et indique que des rapports plus récents ont été établis, soit le 3 juin 2015, par le Dr C\_\_\_\_\_, et le 15 décembre 2015 par la Dresse E\_\_\_\_\_.

Dans sa réplique du 18 août 2016, elle fait état d'une IRM réalisée le 23 février 2015 et commentée par les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, et considère que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ est lacunaire et contradictoire.

16. Il y a lieu de constater que dans sa nouvelle demande de prestations AI, l'assurée fait valoir une aggravation de son état de santé due à l'accident dont elle a été victime le 17 février 2015. Aussi le rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 3 juin 2015 tient-il compte des conséquences de cet accident. Son courrier remplit les réquisits jurisprudentiels pour être considéré comme ayant valeur probante, étant rappelé qu'il fait suite à ses deux premiers rapports d'expertise établis les 13 avril 2010 et 22 août 2011. À la demande de l'assureur perte de gain, il a procédé à la comparaison des examens radiologiques réalisés entre 2011 et 2015. Ses conclusions sont claires, bien motivées et convaincantes. Il a constaté que l'IRM de la colonne cervicale datée du 23 février 2015 était globalement superposable à celle de 2011, n'apportant ainsi pas la preuve d'une aggravation significative des troubles statiques vertébraux post-traumatiques. Il a considéré que rien ne permettait de conclure à une évolution significative vers une arthrose cervicale.

Le Dr D\_\_\_\_\_ a quant à lui constaté que l'entorse cervicale post-traumatique subie le 17 février 2015 ne devait pas empêcher l'assurée de reprendre son activité professionnelle à plein temps dès mars 2015.

17. Reste à déterminer si les rapports de la Dresse I\_\_\_\_\_ et les commentaires des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ sur la base d'une IRM du 23 février 2015 permettraient de remettre en question les conclusions des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_.
18. Dans son rapport du 15 décembre 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ retient les mêmes diagnostics que le Dr C\_\_\_\_\_, mais fixe l'incapacité de travail de l'assurée à 100%. Ainsi que le relève le médecin du SMR, elle n'apporte pas d'élément nouveau justifiant de considérer que l'assurée souffre d'une aggravation de son état de santé. Seule l'appréciation du taux de la capacité de travail diffère. Il y a à cet égard lieu de rappeler qu'en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid.

3b/cc). Au surplus, la Dresse E\_\_\_\_\_ ne fait en réalité pas état d'une aggravation, puisqu'elle fixe l'incapacité de travail de l'assurée à 100% depuis 2007 déjà.

Il n'a pas non plus été constaté dans l'IRM du 23 février 2015 d'atteinte nouvelle ou aggravation qui permettrait de s'écarter des conclusions du Dr C\_\_\_\_\_.

En conséquence, il y a lieu de considérer que l'avis divergent de la Dresse E\_\_\_\_\_ n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions des Drs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convient de retenir que l'assurée présente une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, étant précisé que les activités d'aide en pharmacie ou de vendeuse constituent en l'occurrence des activités adaptées.

19. L'assurée a conclu à ce qu'une nouvelle expertise soit ordonnée.

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a ; 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b ; 122 V 162 consid. 1d).

En l'espèce, l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_ qui répond aux réquisits jurisprudentiels et, partant, se voit attribuer une pleine valeur probante, suffit à la chambre de céans pour se prononcer. Il n'y a pas de motif de mettre en œuvre une instruction complémentaire.

Selon l'assurée pourtant, le Dr C\_\_\_\_\_ avait expressément réservé la nécessité d'une nouvelle expertise. Or, ce médecin a en réalité déclaré « je pense qu'une éventuelle expertise médicale complémentaire se justifierait au cas où il existerait des éléments cliniques déterminants dans le sens d'une aggravation des plaintes. Dans le cas contraire, je ne pense pas que cet examen se justifie ».

20. Reste à déterminer le degré d'invalidité.

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

21. Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes : la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode spécifique et la méthode mixte. Leur application dépend 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_514/2014 du 23 décembre 2014 consid. 4).

a) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il s'agit d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA) et ses sous-variantes, la méthode de comparaison en pour-cent (ATF 114 V 310 consid. 3a) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 4).

S'agissant de la méthode générale de comparaison des revenus, l'art. 16 LPGA prévoit que, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a).

b) Chez les assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA). L'art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dispose que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2).

Selon la pratique administrative ressortant des chiffres 3086ss de la Circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité, dans sa version dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015 (CIIAI), les travaux d'une personne non invalide qui s'occupe du ménage constituent les pourcentages suivants de son activité: tenue du ménage (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) : entre 2% et 5% ; alimentation (préparation, cuisson, service du repas, nettoyage de la cuisine, provisions) : entre 10% et 50% ; entretien du logement (épousseter, passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, faire les lits) : entre 5% et 20% ; achats et courses diverses (poste, assurances, services officiels) : entre 5% et 10% ; lessive et entretien des vêtements (laver, étendre et plier le linge, repasser, raccommoder, nettoyer les chaussures) : entre 5% et 20% ; soins aux enfants ou aux autres membres de la famille: entre 0% et 30% ; divers (par exemple soins infirmiers, entretien des plantes et du jardin, garde des animaux domestiques, confection et transformation de vêtements; activité d'utilité publique, formation complémentaire, création artistique) à l'exclusion des occupations purement de loisirs: entre 0% et 50%. La part en pour-cent de l'activité ménagère accordée à chacun des postes en fonction de l'échelonnement prévu par la CIIAI relève du pouvoir d'appréciation, qui dépend d'une évaluation des circonstances concrètes de

la situation en cause et n'est soumis à l'examen du juge de dernière instance que sous l'angle de l'excès ou de l'abus du pouvoir d'appréciation. En revanche, la constatation d'un empêchement pour les différents postes est une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_19/2012 du 4 octobre 2012 consid. 5.1).

c) Chez les assurés qui n'exerçaient que partiellement une activité lucrative, l'invalidité est, pour cette part, évaluée selon la méthode générale de comparaison des revenus. S'ils se consacraient en outre à leurs travaux habituels au sens des art. 28a al. 2 LAI et 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée, pour cette activité, selon la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité. Dans une situation de ce genre, il faut dans un premier temps déterminer les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels, puis dans un second temps calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question ; c'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27<sup>bis</sup> RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3).

22. Compte tenu du fait que la capacité de travail de l'assurée est exploitable dans son activité habituelle, en tant qu'aide en pharmacie ou vendeuse, le degré d'invalidité se confond avec l'incapacité de travail. Aussi le degré d'invalidité s'agissant de la part consacrée à l'activité lucrative est-il nul.

La chambre de céans relève que l'assurée ne conteste pas le taux d'empêchements auquel a conclu l'enquête ménagère, mais qu'il est quoi qu'il en soit inutile d'en tenir compte pour le calcul du degré d'invalidité de l'assurée en sa qualité de ménagère mixte, au vu du degré d'invalidité nul pour l'activité lucrative.

Aussi la décision du 18 mai 2016 ne peut-elle être que confirmée et le recours rejeté.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'assuré.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le