

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2792/2012

ATAS/1286/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2013

3ème Chambre

En la cause

Madame F _____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
TROIILLET MAXWELL Anne

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Mme F_____ (ci-après : l'assurée), née en 1968, divorcée en novembre 2001, mère de deux enfants nés en 1993 et 1995, professeur de chant, a déposé en date du 23 juillet 2009 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) en invoquant une hernie discale, une atteinte des disques intervertébraux, des lombalgies chroniques et des douleurs diffuses apparues au moment de ses grossesses.
2. A l'appui de sa demande, l'assurée a notamment produit une attestation délivrée par l'HOSPICE GENERAL le 13 juillet 2009, confirmant qu'il l'aide financièrement depuis septembre 2005 à raison d'un montant de 2'687 fr. 90 par mois.
3. Le 25 septembre 2009, le Dr L_____, spécialiste FMH médecine interne, a fait état d'une hernie discale L4-L5 gauche opérée en 2005 et a attesté d'une incapacité de travail de 50% du 7 décembre 2007 au 13 janvier 2009, date à compter de laquelle l'incapacité a été de 100%. Pour le reste, le médecin s'est référé à l'avis du Dr M_____, médecin adjoint du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après HUG).
4. Ce dernier, dans un rapport du 30 septembre 2009, fait état de lombalgies chroniques et d'un status post-intervention en 2005 et a conclu à une totale incapacité de travail depuis 2005, motivée par une « absence d'endurance au travail ».
5. Ont également été versés au dossier :
 - un rapport rédigé le 5 février 2008, par le Dr N_____, ancien chef de clinique des HUG et spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qualifiant l'amélioration suite à l'intervention de moyenne, expliquant que, depuis le printemps 2007, la situation s'était dégradée de manière importante, avec une symptomatologie aux niveaux des lombaires et du membre inférieur gauche ; que la situation avait évolué vers une instabilité lombaire associée à une irritation neurologique, que la mobilisation du rachis était très limitée, notamment en extension, qu'il y avait également diminution globale de la sensibilité, sans caractère radiculaire franc, qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) avait mis en évidence une importante discopathie inflammatoire L4-L5 et L5-S1 et qu'une nouvelle intervention apparaissait probable pour stabiliser les vertèbres ;
 - un courrier du 21 avril 2009 du Dr M_____ expliquant que l'évolution suite à l'opération avait d'abord été favorable (l'assurée avait récupéré de sa parésie et n'avait plus souffert de lombosciatalgies durant quelques temps) mais

que, quelques mois après la chirurgie, il y avait eu forte recrudescence des lombalgies et sciatalgies dans le membre gauche ; une IRM effectuée en décembre 2007 avait mis en évidence une dégénérescence discale L4-L5 avec une disparition complète du disque et la même chose au niveau de L5-S1 ; en revanche, aucun élément n'expliquait les symptômes dans le membre inférieur gauche ; le médecin concluait à des lombalgies chroniques avec une suspension d'abaissement du seuil de la douleur ; la possibilité d'une fibromyalgie a été évoquée.

6. Interrogé par l'OAI, Monsieur G_____, chiropraticien, a répondu en date du 20 novembre 2009 par un bref rapport concluant à une lombosciatique et à une diminution de rendement occasionnée par les douleurs importantes, sans préciser le taux de capacité de travail.
7. L'assurée a alors été adressée pour expertise au Dr O_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, lequel a rendu son rapport le 11 mars 2010.

L'expert a retenu à titre de diagnostics une lombosciatique L5 gauche avec discopathie sévère L4-L5 et L5-S1 et une arthrose postérieure étagée de L4 à S1. Il a également mentionné à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie (14 points positifs sur 18) et un possible syndrome du tunnel carpien gauche débutant.

L'expert a pu objectiver un syndrome lombo-vertébral confirmé à plusieurs reprises lors de l'examen clinique, révélant une importante restriction de la mobilité antéro-postérieure et une certaine restriction de la mobilité latérale avec d'importantes contractures musculaires. L'examen neurologique a révélé des signes irritatifs et déficitaires L5 gauches. Les constatations cliniques ont été corroborées par les examens paracliniques (importante discopathie L4-L5 et L5-S1, vide discal en L4-L5, disparition complète du disque en L5-S1, aspect pseudo inflammatoire aux niveaux L5-S1 et L4-L5). Le médecin a considéré que le tableau clinique de fibromyalgie était à l'arrière-plan des lombalgies, accompagnées par une sciatique irritative et déficitaire L5 gauche.

L'expert a mentionné les limitations suivantes : éviter le port et le soulèvement de charges de plus 5 kg, les positions statiques plus de vingt minutes et la marche.

Il a estimé qu'en ne prenant en compte que la problématique somatique objective (à l'exclusion de la fibromyalgie, donc), la capacité résiduelle de travail pouvait être évaluée à 60% dans une activité légère comme celle réalisée précédemment par l'assurée en tant que professeur de chant et ce, depuis décembre 2007, date à laquelle l'assurée avait subi un bilan radiologique et une IRM.

8. L'assurée a alors été adressée pour évaluation psychiatrique au Dr P_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, lequel a rendu son rapport le 21 octobre 2010.

L'expert psychiatre a retenu à titre de diagnostics un trouble somatoforme indifférencié et, éventuellement, des traits de personnalité histrionique. Il a conclu à une capacité de 50% comme maître de chant.

9. Dans un courrier du 23 mars 2011, le Dr P_____ a expliqué que le fait que le trouble somatoforme indifférencié se greffât sur une personnalité histrionique que l'on pouvait considérer comme décompensée, entraînait des mécanismes conversifs importants. Selon lui, les manifestations psychosomatiques de type trouble somatoforme indifférencié pouvaient être considérées comme une atteinte à la santé liée à la décompensation de la personnalité histrionique sous-jacente, raison pour laquelle il avait conclu à une incapacité de 50%.

Le Dr P_____ a souligné : « même si, pour l'heure, on note une absence de comorbidité majeure, nous estimons que l'importance des mécanismes dissociatifs mis en jeu, dans le contexte particulier, devrait justifier une incapacité de travail médico-théorique de 50% et ceci dans toute activité. L'absence de reconnaissance d'une certaine souffrance morale risque d'aboutir à une surenchère des plaintes et des symptômes qui, à moyen terme, pourrait avoir un effet délétère, et cela dans un processus d'invalidation alors complète ».

10. Le dossier a alors été soumis au Dr Q_____, du Service médical régional de l'AI (SMR), qui s'est rangé à l'avis de l'expert psychiatre et a considéré que le trouble de la personnalité, préexistant et décompensé dans le contexte d'une atteinte organique, constituait en lui-même une atteinte psychique incapacitante et non un état psychique accompagnant le trouble somatoforme indifférencié. En conséquence, le médecin du SMR a retenu une incapacité de travail à 50% dès le 7 décembre 2007, dans l'activité habituelle ou toute autre adaptée aux limitations déterminées par les experts.

11. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 24 mai 2011, qui a conclu à des empêchements dans la sphère ménagère à hauteur de 35%.

Le statut reconnu à l'assurée a été celui d'active à 50%, au motif qu'aucune recherche d'emploi adaptée n'avait été effectuée. L'enquêtrice en a tiré la conclusion que l'assurée « se contentait de cette situation et de son salaire à 50%, même au moment de son divorce, en 2001 ».

12. Le 4 août 2011, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande de prestations.

13. Par courrier du 10 septembre 2011, l'assurée a contesté ce projet en alléguant notamment qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. Pour le reste, elle a allégué que les incapacités de travail reconnues par le Dr O_____ et P_____ devraient s'additionner.

14. Par décision du 15 août 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

Considérant que l'assurée n'avait effectué aucune recherche d'emploi à plein temps et qu'en 2001, au moment de son divorce, elle n'avait travaillé qu'à mi-temps, l'OAI a considéré qu'elle devait être considérée comme active à 50%.

Sur le plan médical, l'OAI s'est référé à l'avis de son SERVICE MEDICAL REGIONAL (ci-après : SMR) et a considéré que l'assurée pouvait exercer à 50% toute activité respectant ses limitations fonctionnelles.

Dans la sphère ménagère, l'OAI a admis un empêchement de 35%.

En conséquence, il a conclu à un degré d'invalidité global de 18 % (0% [0% de 50%] + 18% [35 % de 50%]).

15. Par écriture du 14 septembre 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans.

En premier lieu, la recourante conteste le taux d'incapacité de travail de 50% retenu par l'OAI, alléguant qu'elle est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative, même à temps partiel. A cet égard, elle se réfère aux avis des Drs L_____, M_____ et G_____.

En second lieu, s'agissant de son statut, la recourante souligne que le taux d'activité de 50% repris après son divorce représentait déjà un effort considérable au vu de son état de santé. Depuis lors, les douleurs n'ont cessé de s'aggraver, l'empêchant de reprendre une activité à plein temps. Elle ajoute qu'avant son accouchement, elle travaillait à plein temps.

Enfin, la recourante conteste les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, alléguant qu'elle n'est presque plus en mesure d'accomplir les tâches de la vie courante mises à part celles extrêmement simples (petit coup de balai ou courses légères). Ce sont ses enfants qui se chargent du reste.

16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 24 octobre 2012, a conclu au rejet du recours.

L'intimé se réfère aux conclusions de l'expertise rhumatologique du 11 mars 2010 et de l'expertise psychiatrique du 21 octobre 2010.

S'agissant du statut de l'assurée, il maintient qu'il est vraisemblable que la recourante n'aurait pas travaillé à plus de 50%, même sans atteinte à sa santé.

Quant à l'enquête ménagère, l'intimé soutient que la recourante ne démontre pas en quoi il ne serait pas plausible ni n'indique quels éléments n'auraient pas été pris en compte. Il rappelle par ailleurs que l'aide des membres de la famille est exigible.

17. Le 3 décembre 2012, la recourante a répliqué en concluant, principalement, à ce que lui soit reconnu un statut de personne active à 100%, à ce qu'il soit constaté qu'elle est empêchée d'exercer toute activité lucrative à raison de 100%, subsidiairement de 75%, et à ce que le droit à une rente entière lui soit reconnu.

La recourante se réfère une fois encore aux avis de ses médecins-traitants et s'étonne que l'expert O _____ n'ait pas expliqué les raisons qui l'avaient conduit à s'écarter de ces avis.

18. Des enquêtes se sont déroulées en date du 7 février 2013.

19. A la demande de la recourante, ont été entendues un certain nombre de témoins :

- Madame E _____, une amie depuis 2005, a témoigné que l'assurée est entravée dans son quotidien par ses douleurs ; il lui arrive ainsi de devoir annuler en dernière minute un rendez-vous parce ses douleurs la rendent incapable de l'honorer ;

- Madame F _____, dans la galerie de laquelle l'assurée a travaillé à 50% de 2001 à 2002, a témoigné qu'elle l'aurait volontiers employée à 80% si son état de santé le lui avait permis ; l'assurée était cependant déjà très souffrante ;

- la fille de la recourante a témoigné de la fatigue de sa mère, dont elle a précisé qu'elle doit souvent se coucher et se mouvoir le moins possible ; la fille de la recourante a quitté le domicile familial en avril 2012 ; auparavant, elle et son frère aidaient beaucoup leur mère dans la tenue du ménage car elle ne pouvait que s'occuper du repas du soir ; eux se chargeaient de tout le reste : vaisselle, poussière, aspirateur, courses, lessive, etc. ; suite à son divorce, la recourante a repris une activité pour la Maison de la culture à Plan-les-Ouates : elle y donnait des cours de chant, à raison d'une à deux heures par semaine ; après les cours, elle devait coucher : chanter suppose de rester debout, ce qui est fatiguant pour elle ; désormais, la recourante fait appel au service d'aide à domicile pour l'aider à tenir son ménage ;

- l'ex-époux de la recourante a quant à lui confirmé que c'est en 1993, suite à la naissance de leur premier enfant, que l'état de son ex-femme a commencé à se dégrader ; avant leur divorce, en 2001, il était souvent amené à participer aux tâches ménagères car la recourante en était incapable en raison de ses douleurs ;

- Madame G _____, qui fréquente la recourante depuis une dizaine d'années, a confirmé que le chant est pour elle une véritable passion, bien plus qu'une activité lucrative, de sorte que si elle avait pu, elle en aurait fait bien plus ;

- Madame H _____, qui connaît la recourante depuis environ une année avant l'accouchement de son premier enfant, a expliqué que l'assurée ne s'est jamais remise de sa grossesse compliquée et de son accouchement difficile ; depuis lors, son état n'a fait qu'empirer ; le témoin a assuré que la recourante aurait sans aucun doute travaillé plus si son état de santé le lui avait permis, mais un travail de bureau, impliquant de rester six à huit heures par jour assise, était inenvisageable dans sa situation ; l'activité qu'elle a reprise après son divorce, à 50%, était le maximum qu'elle pouvait supporter compte tenu de son état.

20. Dans ses écritures après enquêtes du 1er mars 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions.

21. L'intimé a fait de même le 8 avril 2013.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1er 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2).

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343).

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige porte sur la question du droit de l'assurée aux prestations de l'assurance-invalidité.
5. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée.

Considérant que l'assurée n'avait effectué aucune recherche d'emploi à plein temps et qu'en 2001, au moment de son divorce, elle n'avait recommencé à travailler qu'à mi-temps, l'OAI a considéré qu'elle devait être considérée comme active à 50%, ce que la recourante conteste, alléguant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps.

b) 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 -, dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente :

assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer.

c) Chez les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il y a lieu de déterminer l'ampleur de la diminution des possibilités de gain de l'assuré, en comparant le revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide 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; c'est 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 p. 313 et les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29; voir également arrêt 9C_236/2009 du 7 octobre 2009 consid. 3 et 4, in SVR 2010 IV n° 11 p. 35).

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, 5 al. 1 LAI et 27 RAI).

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. 27bis RAI; voir par ailleurs ATF 131 V 51 consid. 5.1.2 p. 53).

d) Pour déterminer la méthode applicable au cas particulier, il faut non pas, malgré la teneur de l'art. 8 al. 3 LPGA, chercher à savoir dans quelle mesure l'exercice d'une activité lucrative aurait été exigible de la part de l'assuré, mais se demander ce que l'assuré aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 137 V 477 consid. 6.3 p. 486 et les références; ATF 133 V 504 consid. 3.3. p. 507; voir également arrêt 9C_27/2012 du 13 décembre 2012 consid. 3, in SVR 2013 IV n° 18 p. 48; pour le cas des rentiers et des assurés qui ont pris

une retraite anticipée, voir cependant arrêt 9C_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence).

Lorsqu'il accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, s'il aurait consacré, étant valide, l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait également vaqué à une occupation lucrative. Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment tenir compte d'éléments tels que la situation familiale, sociale et professionnelle, de la situation financière du ménage, de l'éducation des enfants, de l'âge de l'assuré, de ses qualifications professionnelles, de sa formation ainsi que de ses affinités et talents personnels.

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 l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références).

e) Selon la définition légale, l'incapacité de gain consiste en la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré entrant en considération pour lui, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Dans ce contexte, la rente de l'assurance-invalidité vise à la compensation d'un préjudice patrimonial qui présente une certaine importance (art. 28 al. 2 LAD); cela présuppose que la personne assurée subisse un dommage matériel objectif correspondant à une perte de gain ou à une incapacité à vaquer à ses occupations habituelles liée à l'invalidité de 40 % au moins.

Lorsqu'il y a lieu d'évaluer le degré d'invalidité de la personne assurée, il convient de ne pas perdre de vue l'objectif principal de l'assurance-invalidité, tel qu'il ressort du message du Conseil fédéral du 24 octobre 1958 relatif à un projet de loi sur l'assurance-invalidité ainsi qu'à un projet de loi modifiant celle sur l'assurance-vieillesse et survivants (FF 1958 II 1161 ss), soit l'atténuation des conséquences économiques de l'invalidité. Par définition, il n'appartient pas à l'assurance-invalidité d'indemniser une perte - hypothétique - de revenu ou de capacité à vaquer à ses occupations habituelles relative à des activités que la personne assurée n'aurait jamais exercées en l'absence d'atteinte à la santé. En choisissant de ne pas travailler, la personne assurée a ainsi délibérément renoncé au salaire qu'elle aurait pu réaliser en travaillant; l'absence de revenu consécutive à ce choix ne résulte pas de facteurs médicaux et ne saurait être compensée, pour quelque raison que ce soit, par l'assurance-invalidité (cf. ATF 137 V 334 consid. 5.5.3 p. 345).

6. En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus exercé d'activité lucrative à plus de 50% depuis de nombreuses années. Cependant, elle a toujours déclaré,

qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps (cf. enquête ménagère, opposition au projet de décision, recours, etc.).

La recourante explique avoir commencé à travailler relativement jeune, c'est-à-dire en 1986, alors qu'elle n'était âgée que de 18 ans. En 1988, elle a été employée à plein temps en tant qu'opératrice de saisie. En 1989, elle a également travaillé à plein temps. Elle a par la suite suivi une formation de professeur de chant à Paris et, à son retour à Genève, a travaillé au Conservatoire de musique, à plein temps, de janvier à octobre 1993, date de son premier accouchement. L'assurée a ensuite continué son activité à mi-temps jusqu'à la naissance de son deuxième enfant. De février 1996 à novembre 1997, elle a bénéficié des indemnités de l'assurance-chômage. A la suite de son divorce, elle a repris une activité qu'elle a limitée à 50% en raison de ses douleurs.

Si son état de santé le lui avait permis, elle aurait travaillé à plein temps car son revenu n'était pas suffisant pour lui permettre de subvenir à ses besoins financiers, à tel point qu'elle a dû faire appel à l'aide sociale fournie par l'HOSPICE GENERAL.

Dès 2003, elle a été employée par l'ECOLE X_____ en tant que professeur de chant à un taux de 50% environ, toujours en raison de ses problèmes de santé.

En l'occurrence, les allégations de la recourante, corroborées par les dires de son ancien employeur et d'autres témoins apparaissent convaincantes, d'autant qu'elle n'a jamais varié dans ses déclarations, que les revenus que lui procure son activité à mi-temps ne suffisent pas à subvenir à ses besoins et qu'elle a déjà travaillé à plein temps par le passé, avant la naissance de ses enfants et l'apparition des douleurs, survenues suite à son premier accouchement.

On ne voit pas en quoi « les allégations de la recourante selon lesquelles elle exercerait une activité lucrative à 100 % sont clairement contredites par les pièces du dossier », si ce n'est qu'elle n'a effectivement pas recherché d'emploi à plein temps après son mariage, mais parce qu'elle souffrait déjà trop pour pouvoir assumer un tel taux d'occupation (cf. déclarations de son employeur de l'époque).

Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est bel et bien un statut d'active à 100% qui doit être reconnu à l'assurée. Sur ce point, il y a lieu de lui donner raison.

7. Reste à vérifier le degré d'invalidité qui peut être reconnu à l'assurée.
8. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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.

L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution

d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

9. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est

qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

10. En l'espèce, l'intimé, se référant à l'avis de son SMR et aux conclusions des experts, a considéré que l'assurée pourrait exercer à 50% toute activité respectant ses limitations fonctionnelles, ce que la recourante conteste, alléguant qu'elle est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative, même à temps partiel.

Il convient dès lors d'examiner quelle valeur probante peut être reconnue aux expertises des Drs O_____ et P_____.

Dans la mesure où ces experts se sont prononcés sur la base d'une documentation complète, qu'ils ont retenu des diagnostics précis, et qu'ils ont apporté des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées, leurs conclusions apparaissent convaincantes d'autant que les diagnostics retenus correspondent à ceux mentionnés par les Drs L_____, N_____ et M_____.

Certes, le Dr L_____ a conclu à une totale incapacité de travail à compter de janvier 2009. On relèvera cependant qu'il ne la motive aucunement. Quant à l'absence d'endurance invoquée par le Dr M_____ pour retenir une totale incapacité de travail, elle ne convainc pas non plus, d'autant que le rapport de ce médecin est pour le moins lapidaire. Aucun des médecins traitants n'apporte d'élément objectif qui permettrait de s'écarter des conclusions du Dr O_____ quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan physique.

Dans ces conditions, il convient de se fonder sur les conclusions des experts et de retenir, avec le Dr P_____, une capacité de travail réduite à 50%.

Dans la mesure où l'activité habituelle a été qualifiée d'adaptée par les experts, le taux d'incapacité de travail se confond avec le degré d'invalidité, lequel s'élève donc également à 50%, ce qui ouvre droit à une demi-rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI) dès le 23 janvier 2010 (art. 29 al. 1 LAI).

En ce sens, le recours est partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour calcul des prestations dues.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Dit que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 23 juillet 2010.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
5. Condamne l'intimé à verser au recourant la somme de 3'500 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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. 82ss 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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