

# **GE\_GERICHTE ATAS/1006/2019 vom 31. Oktober 2019**

GE Cour de justice, 2019-10-31, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1006\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1006_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1006/2019 du 31 octobre 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1006/2019 del 31 ottobre 2019

## **Erwägungen**

### **E. 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), 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.

### **E. 2**

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Si le délai, compté A/4278/2018 - 14/22 - par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (art. 38 al. 1 LPGA). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (art. 38 al. 3, 1ère phrase LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 3 décembre 2018 contre la décision sur opposition du 31 octobre 2018 est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut et sur l'exigibilité retenue dans l'enquête ménagère.

### **E. 5**

À titre préalable, la Cour de céans relève que la violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 131 consid. 2b et les références). Partant, la question de savoir si l'intimé a violé le droit d'être entendu de la recourante en refusant de prolonger le délai pour faire valoir des observations avant la notification de la décision sujette à recours peut rester ouverte, dès lors que cette éventuelle violation peut de

toute façon être considérée comme réparée dans le cadre de l'examen du recours, ce que la recourante admet au demeurant.

#### **E. 6**

a. Lorsqu'une rente a déjà été refusée une première fois par une décision entrée en force, notamment parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande doit être examinée sous l'angle de l'art. 17 LPGA, qui régit la révision de la rente d'invalidité. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. b. 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). La révision du droit à la rente au sens de l'art. 17 LPGA suppose un changement dans les circonstances personnelles de l'assuré, relatives à son état de santé, à des facteurs économiques ou aux circonstances (hypothétiques) ayant déterminé le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 117 V 198 consid. 3b), qui

A/4278/2018 - 15/22 - entraîne une modification notable du degré d'invalidité (ATF 133 V 545 consid. 6.1 et 7.1).

#### **E. 7**

a. 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). b. 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).

#### **E. 8**

a. Selon 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. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans leur teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans

interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

b. 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 (art. 16 LPGA ; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et ATF 114 V 310 consid. 3c ; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

A/4278/2018 - 16/22 -

## **E. 9**

a. 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, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

b. 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 les références) et la méthode extraordinaire de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 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, la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité est applicable (art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 8 al. 3 LPGA, 5 al. 1 LAI et 27 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). 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).

c. 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). 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 si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3 ; pour le

cas des rentiers et des assurés qui ont pris une retraite anticipée, voir cependant arrêt du Tribunal fédéral 9C\_9/2013 du 27 mars 2013 consid. 2.4 et la référence).

A/4278/2018 - 17/22 - 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 financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 141 V 15 consid. 3.1 ; ATF 137 V 334 consid. 3.2 ; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

#### **E. 10**

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 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il 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).

#### **E. 11**

a. En l'espèce, il est rappelé que, dans le cadre de l'examen de la première demande de prestations déposée en 1999, l'intimé a reconnu à l'assurée un statut mixte et conclu, dans sa décision sur opposition du 14 décembre 2004, que l'intéressée ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant valeur d'invalidité. Ces conclusions étaient basées sur les trois rapports d'expertise rendus les 21 février 2003, 29 janvier et 5 mars 2004. L'assurée se plaignait alors essentiellement de douleurs ostéo- articulaires, attribuées à une fibromyalgie. L'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande du 24 avril 2017 et a admis qu'un changement notable des circonstances s'était produit depuis sa décision du

#### **E. 14**

décembre 2004, confirmée par arrêt du 9 novembre 2006. Il a considéré que la

A/4278/2018 - 18/22 - recourante avait un statut de ménagère, puisqu'elle n'avait plus travaillé depuis 1998 alors que l'existence d'atteintes à la santé invalidantes n'était

reconnue qu'à compter de mai 2015. b. La recourante conteste la méthode d'évaluation retenue et soutient qu'elle a été dans l'incapacité de travailler depuis 1998 en raison de son état de santé. 12. a. Conformément aux principes développés précédemment, il convient de se demander ce que la recourante aurait fait, jusqu'au prononcé de la décision litigieuse, soit jusqu'au 31 octobre 2018, si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. b. Il ressort des faits de la cause que la recourante a constamment travaillé à partir de 1975 (hormis en 1979, deux mois en 1980, deux mois en 1983 et deux mois en 1984) ; de 1985 à 1998, elle a travaillé sans interruption pour le même employeur en qualité de vendeuse de chaussures à temps partiel. Suites aux naissances de ses enfants, en 1988 et 1994, elle a continué à exercer son activité lucrative, conciliant ainsi vie professionnelle, vie familiale et éducation. Ce n'est qu'en 1998 qu'elle a cessé de travailler, en raison des douleurs induites par la fibromyalgie, alors que ses enfants étaient âgées de 4 et 10 ans. En 2017, la situation financière de la famille s'est considérablement dégradée compte tenu du départ à la retraite de l'époux de la recourante, dont les revenus ont été divisés par plus de deux. La situation familiale ne faisait aucunement obstacle à ce que la recourante reprenne une activité puisque ses filles, majeures et en bonne santé, étaient indépendantes, même si la cadette vivait chez ses parents. Au niveau social, il est rappelé que la recourante a déclaré à l'infirmière chargée de l'enquête ménagère qu'elle appréciait son travail de vendeuse, qui lui permettait d'avoir une occupation hors de son domicile. Au vu de la situation professionnelle, personnelle, familiale et sociale de la recourante, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que l'intéressée aurait exercé une occupation lucrative si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé en 2018. c. Le fait que la recourante n'a plus travaillé depuis 1998 et qu'elle n'a jamais émargé à l'assurance-chômage ou à l'Hospice général ne constituent pas des indices permettant de déterminer la conduite qu'elle aurait adoptée si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. Ces éléments ne doivent pas être interprétés comme la manifestation d'une volonté de ne pas travailler, mais bien plutôt comme une conséquence de son état maladif (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_420/2009 du 24 novembre 2009 consid. 3.3). À cet égard, la Cour relève que l'état de santé de la recourante s'est continuellement aggravé depuis le prononcé de la décision initiale, en 2004. Ainsi, elle a été hospitalisée au CHUV en novembre 2005 en raison d'une probable crise convulsive généralisée et d'un état post critique prolongé (cf. rapport du CHUV du

## **E. 19**

décembre 2005). En dépit du traitement médicamenteux alors instauré, et de son augmentation en avril 2006, suite à une probable crise partielle avec une généralisation secondaire (cf. rapport du CHUV du 19 avril 2006), la recourante a

A/4278/2018 - 19/22 - été à nouveau hospitalisée en novembre 2006 en raison d'une crise plus importante avec une généralisation secondaire (cf. rapport du CHUV du 21 décembre 2006). En février 2011, le Dr H\_\_\_\_\_ a fait état de crises épileptiques nocturnes quotidiennes, accompagnées de troubles neuropsychologiques et d'une fatigue importante (cf. rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 25 février 2011). En 2013 et en 2014, l'intéressée a été examinée à l'unité d'EEG et d'exploration de l'épilepsie du service de neurologie des HUG. Ont en particulier été signalées des ruptures de contact survenant une fois tous les deux mois, étant précisé qu'elles se manifestaient auparavant deux fois par semaine, ainsi que des crises généralisées survenaient surtout la nuit, environ une fois tous les deux ans en raison d'une fatigue chronique. Une somnolence diurne excessive a été diagnostiquée (cf. rapport des HUG du 25 novembre 2014). À ces atteintes neurologiques se sont ajoutés des troubles

neuropsychologiques, mis en évidence en janvier 2011, sous la forme de troubles attentionnels sévères, accompagnés de troubles mnésiques, dans le contexte d'une épilepsie alors résistante au traitement (cf. rapport de Mme G\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011). Les spécialistes des HUG ont également noté que des troubles cognitifs, marqués par un déficit mnésique et attentionnel, s'étaient développés de manière concomitante aux ruptures de contact transitoires (cf. rapport des HUG du 28 juillet 2017). Ainsi, bien que ces troubles neuropsychologiques n'ont été confirmés qu'en janvier 2011, il ne fait aucun doute qu'ils ont commencé à se développer plusieurs années auparavant. D'ailleurs, la recourante a rapporté à Mme G\_\_\_\_\_ des difficultés à se souvenir de numéros et de notions pourtant bien connues dans l'exercice de son métier durant les dernières années de travail (cf. rapport de Mme G\_\_\_\_\_ du 14 janvier 2011). En outre, une polyarthrite rhumatoïde a été mise en évidence dès décembre 2016, des discopathies en mai 2017, puis une polyneuropathie périphérique des membres inférieurs dès juillet 2017 (cf. rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 22 janvier 2018 et rapport d'IRM du 31 mai 2017). L'intéressée est également suivie au niveau psychique depuis le 29 mai 2015. Un trouble dépressif sévère récurrent a été diagnostiqué par la spécialiste qui a attesté d'une totale incapacité de travail depuis le début de son traitement (cf. rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_ du 26 février 2018). On relèvera encore que la recourante a subi plusieurs interventions. Elle a ainsi été opérée pour une thyroïdectomie totale en 2014, un canal carpien en 2016 et une maladie de la jonction pyélo-urétérale gauche en 2017 (cf. rapports des HUG des 5 mai 2014, 10 mars 2016 et 16 mars 2017, rapport de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2018). Force est de constater que la situation médicale de la recourante s'est progressivement aggravée depuis 2005, ce qui conforte les allégations selon lesquelles elle n'a pas été en mesure de travailler depuis 1998. d. Le fait que la recourante a déposé sa seconde demande en 2017 seulement, vraisemblablement pour des raisons purement financières liées à la retraite de son mari, n'est pas relevant. Aucun élément ne laisse en effet transparaître que la recourante aurait volontairement privilégié l'accomplissement de ses tâches

A/4278/2018 - 20/22 - ménagères et d'autres activités relevant davantage des loisirs et que, même en bonne santé, elle n'aurait pas exercé d'activité lucrative. On ne saurait donc retenir que la recourante s'est consacrée à l'entretien de son ménage par choix personnel, plutôt qu'en raison de ses problèmes de santé. e. La recourante prétend qu'elle aurait pu travailler à 100% compte tenu de la situation. La Cour de céans note cependant que l'intéressée a travaillé à temps partiel pendant de nombreuses années pour le même employeur, alors même qu'elle n'avait pas encore d'enfant, qu'elle était en bonne santé et âgée de moins de 30 ans. En outre, dans le cadre de la première procédure, l'assurée n'a pas remis en cause le statut mixte admis par l'intimé et n'a pas soutenu qu'elle aurait travaillé à temps complet si sa santé le lui avait permis. 13. Eu égard à l'ensemble des considérations qui précèdent, il convient de reconnaître à la recourante un statut mixte, avec des parts dans les sphères professionnelle et ménagère identiques à ce qui prévalait avant le début de son incapacité de travail en 1998. 14. En vertu de la garantie du double degré de juridiction, qui a trait à la possibilité pour les citoyens de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_975/2011 du 22 février 2012 consid. 3.2), la Cour de céans ne saurait procéder elle-même à la détermination du taux de l'activité professionnelle avant 1998, dès lors que les parties ne se sont pas du tout prononcées sur cette question, laquelle n'a pas non plus été débattue dans le cadre de la première procédure judiciaire. Il reviendra par conséquent à l'intimé d'instruire ces éléments de fait. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause pour qu'il se détermine sur les parts dans les sphères

ménagère et professionnelle, puis sur le degré d'invalidité de la recourante compte tenu d'un statut mixte. Dans ces conditions, il n'est pas nécessaire, à ce stade de la procédure, d'examiner les griefs de la recourante quant à l'exigibilité retenue à la charge de son époux et de sa fille dans l'enquête ménagère. Le recours est donc partiellement admis. La décision du 31 octobre 2018 est annulée en tant qu'elle retient un statut de ménagère. La cause est renvoyée à l'intimé pour qu'il se détermine sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité selon la méthode mixte et rende une nouvelle décision. 15. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/4278/2018 - 21/22 - 16. Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/4278/2018 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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