

GE_GERICHTE ATAS/1136/2017 vom 12. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1136_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1136/2017 du 12 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1136/2017 del 12 dicembre 2017

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) en vigueur dès 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

E. 3

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

E. 4

Tel que circonscrit par les conclusions de la recourante, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008 consid. 1.2).

E. 5

Il convient en premier lieu de rappeler que la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, l'intimé a rendu la décision confirmant les termes de son projet moins de quinze jours après avoir sollicité des documents de la recourante, sans même attendre leur production, et trois jours seulement après adressé une copie de son dossier à son médecin, conformément à sa demande de consultation. Il a ainsi effectivement privé la recourante de la possibilité de déposer des observations pertinentes pour la décision à rendre, alors même qu'elle avait clairement manifesté sa volonté de produire certaines pièces à l'appui de ses dires. L'intimé n'a ainsi pas respecté les garanties constitutionnelles précitées.

A/1538/2017 - 19/30 - La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431c consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité

particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3). La chambre de céans disposant d'une pleine cognition et la recourante ayant eu la possibilité de s'exprimer sur les faits de la cause et de produire des pièces dans le cadre de la présente procédure, on peut exceptionnellement admettre que la violation de son droit d'être entendue est réparée.

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. L'invalidité est une notion économique et non médicale, et 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 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2).

E. 7

En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

E. 8

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré

A/1538/2017 - 20/30 - (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b. 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 convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d. 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 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents

A/1538/2017 - 21/30 - pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

E. 9

La loi prévoit différentes méthodes pour évaluer l'invalidité d'un assuré en fonction du statut de ce dernier. 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). 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). 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. 27bis RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_36/2013 du 21 juin 2013 consid. 4.1.3). d. Pour déterminer la méthode applicable à un cas particulier, il faut selon la jurisprudence 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 qu'il aurait fait si l'atteinte à la santé n'était pas survenue (ATF 133 V 504 consid. 3.3). Lorsque l'assuré 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

A/1538/2017 - 22/30 - formation ainsi que 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 et les références). Selon la jurisprudence fédérale, le fait qu'une personne non atteinte dans sa santé décide de travailler à temps partiel est sans influence sur le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité - et dès lors n'entraîne pas l'application de la méthode mixte - sauf si cette personne consacre à ses travaux habituels le temps libre supplémentaire dont elle dispose. Si un assuré, en mesure sur le plan de la santé d'exercer une activité lucrative à plein temps, décide de son propre gré de réduire son horaire de travail pour s'accorder plus de loisirs, l'assurance-invalidité n'a pas à intervenir. Les activités de loisirs sont ainsi exclues de la définition des travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 5.1 et les références). e. On rappellera encore que le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité est une question de droit. En revanche, la constatation du statut (comme personne sans invalidité), c'est-à-dire le point de savoir si et dans quelle mesure l'assuré aurait exercé une activité lucrative, relève d'une question de fait (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2016 du 10 février 2017 consid. 2.2 et les références).

E. 10

Il convient de préciser ce qui suit au sujet de la méthode de comparaison des revenus. a. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que

possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1).

A/1538/2017 - 23/30 - b. Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). c. S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalide, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation). Une déduction globale

maximale de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b).

A/1538/2017 - 24/30 -

E. 11

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). S'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (arrêt du Tribunal fédéral 9C_849/2007 du 22 juillet 2008 consid. 5.2). Toutefois, lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail.

Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c), cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêts du Tribunal fédéral 8C_150/2013 du 23 septembre 2013 consid. 3.2 et 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009 consid. 3.2). L'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes, l'âge avancé ne constitue toutefois pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le moment

A/1538/2017 - 25/30 - auquel la question de la mise en valeur de la capacité (résiduelle) de travail pour un assuré proche de l'âge de la retraite doit être examinée correspond au moment auquel il a été constaté que l'exercice d'une activité lucrative était médicalement

exigible, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3.). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2).

E. 12

Les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 3.1 et U 267/01 du 4 juin 2002 consid. 2a). Toutefois, selon le principe de la « déclaration de la première heure » développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales, en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_663/2009 du 1er février 2010 consid. 3.2). Le Tribunal fédéral a admis qu'un questionnaire dépourvu de tout commentaire explicatif, que doit remplir un assuré à la suite d'un accident, ne permet pas d'exclure la survenance d'un événement particulier, même si l'assuré n'en fait pas expressément mention lorsqu'il remplit le questionnaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 8C_496/2007 du 29 avril 2008 consid. 4). En outre, un document qui fait état d'un renseignement recueilli par oral ou par téléphone ne constitue un moyen de preuve recevable et fiable que s'il porte sur des éléments d'importance secondaire, tels que des indices ou des points accessoires. Si les renseignements portent sur des aspects essentiels de l'état de fait, ils doivent faire l'objet d'une demande écrite (ATF 117 V 282 consid. 4c).

E. 13

En l'espèce, il convient en premier lieu de déterminer si les expertises versées au dossier doivent se voir reconnaître valeur probante. a. En préambule, la chambre de céans relève au sujet des griefs de la recourante ayant trait aux modalités de mise en œuvre de l'expertise des Drs F_____ et G_____ que la jurisprudence récente a certes posé des exigences accrues en matière de participation et droit d'être entendu des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, exigences qui comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Cependant, l'expertise des Drs F_____ et G_____ a été requise par une assurance d'indemnités journalières selon la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA - RS 221.229.1). Ainsi, la LPGA et les garanties relatives au droit d'être entendu ne sont pas applicables, et la force probante de ce rapport doit être analysée conformément aux lignes directives rappelées ci-dessus.

A/1538/2017 - 26/30 - b. Au plan rhumatologique, l'expertise de la Dresse F_____ est en tous points conforme aux exigences du Tribunal fédéral. La recourante n'en conteste du reste pas expressément la valeur probante. La chambre de céans n'a ainsi aucun motif de s'écarter des conclusions de la rhumatologue, selon lesquelles la recourante n'est plus à même d'exercer son activité habituelle mais dispose d'une pleine capacité de travail au plan somatique dans une activité adaptée. c. Du point de vue psychique, l'expertise du Dr G_____ contient une anamnèse détaillée, rapporte les plaintes de la recourante et pose des diagnostics précis. S'agissant de la capacité de travail, ce médecin a exposé que la reprise du travail à 60 % était possible. Cette réponse s'inscrit dans le cadre du mandat qui lui a été

confié par une assurance d'indemnités journalières qui ne répond que de la perte de gain liée au taux d'activité assuré – soit 60 % en l'occurrence – et ne doit pas être comprise comme excluant la reprise d'une activité à un taux supérieur. Sur ce point, et contrairement à ce qu'affirme la recourante, le Dr G _____ n'a d'ailleurs pas exclu la possibilité d'exercer une activité adaptée à un taux excédant 60 %, puisqu'il a indiqué que l'incapacité de travail était nulle du point de vue théorique. S'agissant en revanche de la date dès laquelle ce médecin a admis qu'une activité adaptée était exigible, soit janvier 2015, les raisons avancées ne sont guère convaincantes. En premier lieu, l'admission d'une incapacité de travail jusqu'à cette date contraste avec la capacité de travail théorique totale admise. Elle n'est d'ailleurs guère cohérente au vu des éléments du diagnostic posé et du status. En outre, cette incapacité ne correspond pas à un véritable empêchement d'origine médicale mais poursuit un but prophylactique, qui ne relève pas de l'assurance- invalidité. Partant, on ne peut se rallier sans réserve aux conclusions du Dr G _____. d. En ce qui concerne l'expertise du Dr H _____, elle relate de manière complète l'historique personnel, familial et médical de la recourante. Les plaintes de cette dernière sont décrites avec précision, de même que les observations cliniques. L'expert a posé des diagnostics clairs, en exposant soigneusement pour quels motifs il écartait ceux retenus par ses confrères et les critères diagnostiques qui le guidaient. Son analyse de la capacité de travail est en outre motivée. L'expertise satisfait ainsi aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus en matière de rapports médicaux. e. Les autres rapports médicaux versés au dossier ne justifient pas que l'on s'en écarte. S'agissant des rapports de la Dresse E _____ de juillet 2014, ils correspondent à la période de dégradation transitoire de l'état psychique de la recourante de mars à août 2014, également relevée par le Dr H _____. La recourante a cependant indiqué qu'elle s'était sentie mieux dès cette date, hormis la nouvelle aggravation lors du décès de sa sœur en été 2015, qui s'est elle aussi révélée passagère selon les constatations du second expert psychiatre. C'est à cette époque que le Dr D _____ a signalé la nécessité de mettre en œuvre une nouvelle expertise. Il convient cependant de souligner que même à cette date, ce médecin ne

A/1538/2017 - 27/30 - semblait pas considérer la recourante comme incapable de travailler, puisqu'il indiquait l'avoir encouragée à suivre la mesure d'ordre professionnel prévue aux EPI. Si l'échec de cette mesure s'explique apparemment en partie par le fait que la recourante l'a perçue de manière persécutoire, le Dr H _____ a exclu toute origine psychique à ce ressenti. Le Dr D _____ n'amène aucun autre élément nouveau dont le Dr H _____ aurait omis de tenir compte dans son appréciation. f. Eu égard aux éléments qui précèdent, la chambre de céans ne s'écartera pas des conclusions de la Dresse F _____ et du Dr H _____, selon lesquelles la recourante ne peut plus travailler en qualité d'aide-soignante mais dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Quant à la question de savoir s'il est réaliste de considérer que la recourante peut exploiter cette capacité de travail résiduelle, il faut rappeler qu'elle est très en-deçà de l'âge auquel une réinsertion professionnelle ne peut plus être raisonnablement envisagée selon la jurisprudence. Par ailleurs, les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse F _____ consistent en des mesures classiques d'épargne du rachis, et il n'est pas arbitraire de retenir que le marché du travail comprend un large éventail d'activités légères adaptées à ses limitations et accessibles sans formation particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.2).

En ce qui concerne le calcul d'invalidité, il convient en premier lieu de déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a tenu compte d'un statut mixte pour la recourante. Il ressort des explications que la recourante a données à la Dresse F_____ qu'elle a travaillé à plein temps avant de baisser son taux d'activité pour pouvoir continuer à exercer son métier malgré les sollicitations accrues qu'il impliquait pour son dos. La chambre de céans relève que l'intimé ne conteste pas la réalité de ces propos, que la recourante a tenus dans un contexte sans lien avec la détermination de son statut, alors qu'elle ignorait la portée qui pouvait leur être conférée. Conformément au principe de la première déclaration, on doit considérer que ces indications revêtent une présomption de vérité. La réduction du taux d'activité est de plus concomitante à l'apparition des douleurs dorsales, datée de l'année 2000 par le Dr D_____, ce qui accrédite également les déclarations de la recourante s'agissant des motifs pour lesquels elle n'est pas active à temps plein. De plus, cette dernière n'a pas d'enfants et vit seule. Elle ne signale aucun loisir particulier auquel elle aurait souhaité consacrer une partie importante de son temps au détriment de son activité professionnelle. En outre, son emploi était relativement faiblement rémunéré, de sorte qu'il n'apparaît guère plausible qu'elle ait choisi de réduire son taux d'activité sans motif impérieux. La recourante s'est d'ailleurs ouverte des restrictions subies du fait de la faiblesse de ses ressources financières au Dr G_____, puisqu'elle lui a indiqué ne plus pouvoir assister à des représentations théâtrales qu'elle apprécie pourtant. Ainsi, compte tenu de sa situation globale, il apparaît hautement vraisemblable que la recourante aurait occupé son poste à plein

A/1538/2017 - 28/30 - temps sans problèmes de santé et qu'elle a été contrainte de réduire son taux d'activité à cause de ses atteintes dorsales. Le raisonnement de l'intimé, qui écarte l'hypothèse d'une baisse d'activité pour des douleurs dorsales au motif que la recourante ne les aurait pas mentionnées dans sa demande de prestations liée à l'hépatite C en 2008, ne peut être suivi. D'une part, il est pour le moins contradictoire, puisque l'intimé admet que le passage d'un taux de 80 % à 60 % a été dicté par les problèmes dorsaux de la recourante, alors que cette réduction est également antérieure à la demande de prestations de 2008 qui ne les évoque pas. D'autre part, un tel formulaire d'annonce n'a pas pour vocation de relater de manière exhaustive les atteintes à la santé des assurés. Le fait que la recourante n'y ait pas mentionné de telles douleurs s'explique également par son caractère peu plaintif et son souhait – louable – de poursuivre son activité d'aide-soignante malgré la sévérité de ses troubles rachidiens. Pour ces motifs, la chambre de céans retiendra pour la recourante un statut d'active à plein temps, et non un statut mixte.

E. 15

Au vu de ce qui précède, il y a lieu de reprendre le calcul d'invalidité de la recourante en tenant compte d'un statut d'active à 100 %. S'agissant du revenu sans invalidité, on peut admettre que la recourante aurait poursuivi son activité d'aide-soignante à 100 % sans atteinte à la santé. On tiendra ainsi compte du revenu signalé par son employeur en mai 2014, comme l'a du reste fait l'intimé, soit CHF 48'657.95 (13 mensualités à CHF 3'742.15) pour 60 %. Extrapolé à une activité exercée à 100 %, ce revenu s'élève à CHF 81'079.90 par an. Pour fixer le revenu sans invalidité, le recours au revenu statistique dans une activité de niveau 1 selon l'ESS 2014, tous domaines confondus, est conforme au droit. Ce revenu mensuel de CHF 4'300.- s'élève à CHF 53'793.- une fois annualisé et adapté à la durée normale de travail de 41.7 heures en 2014. L'intimé a opéré un abattement de 20 % sur ce montant, ce qui le porte à CHF 43'034.80. Ce faisant, il est resté dans les limites de son

pouvoir d'appréciation, de sorte que la chambre de céans ne peut y substituer un taux de réduction différent (cf. ATF 132 V 393 consid. 3.3). La comparaison des revenus avec et sans invalidité aboutit ainsi à une perte de gain de 46.9 %. Ce taux d'invalidité ouvre le droit à un quart de rente. Le droit à la rente s'ouvre au plus tôt six mois après la demande de prestations et une année après l'expiration d'un délai de carence d'une année (art. 28a al. 1 et art. 28 al. 1 let. b LAI). C'est ainsi dès décembre 2014 que la recourante a droit à un quart de rente.

E. 16

La recourante a conclu à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.

A/1538/2017 - 29/30 - Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En application de ce principe, la chambre de céans renoncera à l'audition et à l'expertise judiciaire auxquelles la recourante a conclu. En effet, cette dernière a eu l'occasion de s'exprimer par écrit sur tous les points concernant son état de santé, lequel a en outre été investigué à satisfaction de droit. Ces mesures d'instruction s'avèrent ainsi inutiles.

E. 17

Le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qui seront en l'espèce fixés à CHF 1'500.- (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), l'intimé sera condamné au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1538/2017 - 30/30 - 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.