

GE_GERICHTE ATAS/1151/2018 vom 12. Dezember 2018

GE Cour de justice, 2018-12-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1151_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/1151/2018 du 12 décembre 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/1151/2018 del 12 dicembre 2018

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

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA; et sur le plan cantonal, par renvoi de l'art. 61 LPGA, art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62, 89 Ass LPA), sous réserve de ce qui sera dit plus loin au sujet des conclusions constatatoires.

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, à dater du 1er janvier 2016 (premier jour du mois au cours duquel le délai d'attente d'une année est arrivé à échéance), et en particulier au-delà du 1er juin 2016.

E. 4

Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la

A/3326/2017 - 22/39 - modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors de l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1er décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1er décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à

l'art. 27bis, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2).

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

E. 5.1

et 5.2). 14. a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au ch. 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. b. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui

A/3326/2017 - 28/39 - concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). 15. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés

n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). 16. Selon la jurisprudence, le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1).

E. 6

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

E. 7

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

A/3326/2017 - 23/39 - 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 et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 8

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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.

E. 9

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

A/3326/2017 - 24/39 -

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le

Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. a. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une

A/3326/2017 - 25/39 - expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus

vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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).

A/3326/2017 - 26/39 -

E. 12

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

E. 17

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que

A/3326/2017 - 29/39 - l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 18

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 19

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient 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 doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). a. 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 des 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

A/3326/2017 - 30/39 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du

E. 24

Si elle en reste pour l'essentiel à sa critique initiale, elle remet par la suite (mémoire du 18 juin 2018) en cause la valeur probante de l'expertise rhumatologique du Dr G_____ du 15 février 2016. Il y a dès lors lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. Contrairement à ce que prétend la recourante, le Dr G_____, spécialiste reconnu en rhumatologie, n'est pas un médecin interne à la Bâloise, mais un praticien indépendant; de surcroît, si l'initiative de lui confier un mandat d'expertise émanait de l'assurance perte de gain, l'intimé s'est toutefois joint à l'assureur perte de gain.

A/3326/2017 - 34/39 - Conformément aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment, pour que l'on puisse reconnaître une pleine valeur probante au rapport d'expertise effectuée par un médecin indépendant de l'assureur qui l'a mandaté, le Dr G _____ a dûment étayé son rapport, lequel a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical, au terme d'un examen clinique détaillé, et en considération des plaintes de la recourante. Ses conclusions sont claires et convaincantes, aucun élément du dossier tel qu'il se présentait au moment de l'expertise n'étant susceptible de mettre en doute la pertinence de l'évaluation de l'expert. D'ailleurs, sur le plan de la médecine interne et en particulier sur le plan rhumatologique, l'avis de l'expert coïncide avec l'avis des médecins traitants de la recourante, tant en ce qui concerne le diagnostic qu'en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et la capacité de travail de 50 %, dès le 1er mars 2016, comme l'a confirmé la rhumatologue traitante, lors de son audition par la chambre de céans. Il convient également d'observer qu'au vu de ses constatations, et de ses diagnostics (lombosciatalgies droites sur une instabilité de L5 (listhésis de degré I sur une lyse isthmique bilatérale) et une discopathie L5-S1 sévère ; obésité), l'expert a formulé des propositions de mise en place d'une prise en charge en kinésithérapie (renforcement actif musculaire technique de gainage) et par une diététicienne (perte de poids nécessaire). Ces propositions sont cohérentes, l'expert émettant sur cette base le pronostic que, grâce aux effets conjugués de ces mesures thérapeutiques, dans un délai de quelques mois, l'expertisée pourrait recouvrer une pleine capacité de travail (100 %), soit de passer de 50 à 100 %. Toute autre est la question de savoir si l'évolution de la situation a confirmé ou non le pronostic de l'expert, et d'apprécier la manière dont le SMR – et à travers lui l'intimé – a interprété les projections de l'expert, comme on le verra plus loin. Les critiques formelles de la recourante ne permettent de mettre en doute ni l'objectivité et l'impartialité de l'expert, ni la pertinence de ses constatations médicales: la recourante voit dans certaines indications figurant dans l'expertise les signes d'une certaine légèreté dans l'établissement du rapport d'expert. Elle pointe à cet égard une erreur dans son année de naissance (1977 au lieu de 1966), au niveau du « concerne » dudit rapport. Cette erreur de plume n'a toutefois aucune incidence sur le fond de l'expertise, dès lors que dans le corps de celle-ci, l'expert a bien pris en compte l'âge effectif de l'expertisée. Le fait que l'expert ait mentionné, dans les renseignements anamnestiques familiaux que l'assurée fait partie d'une fratrie de trois frères et une sœur, et non l'inverse, n'a pas d'incidence non plus sur l'ensemble de l'expertise, et ne saurait être interprété dans le sens que le souhaiterait l'expertisée. Il n'y a pas lieu non plus de mettre en doute les constatations que l'expert, lorsque celui-ci indique que l'expertisée pouvait monter les escaliers sans effort, alors que lorsqu'elle a quitté le cabinet, l'expert lui avait appelé l'ascenseur. Le fait que l'expert, en prenant congé de l'assurée à la fin de son examen, l'ait invitée à prendre l'ascenseur, n'a rien d'insolite. Cela ne saurait être considéré comme un indice de ce que ses constatations au sujet de la capacité de l'intéressée

A/3326/2017 - 35/39 - d'avoir pu sans autre monter les escaliers à pied ne serait pas conforme à la réalité. Il est en effet usuel, comme faisant partie des observations de l'expert quant au comportement spontané de l'assuré au moment où il se présente au cabinet, d'observer la manière dont ce dernier se déplace, que ce soit dans les escaliers ou encore lorsque l'expert va le chercher à la salle d'attente; il en va de même de l'observation de la manière dont il se déshabille ou se rhabille, par exemple. Dès lors, lorsqu'à la fin de l'examen, n'ayant plus besoin de vérifier davantage le comportement spontané de l'intéressé, il apparaît logique et relevant de la courtoisie que l'expert l'invite à prendre l'ascenseur pour repartir, sans qu'il ne faille y voir une relation avec la manière dont l'intéressé aurait monté

les escaliers en arrivant à l'examen. La recourante fait grief à l'intimé, respectivement au SMR, de s'être borné à suivre aux conclusions de l'expert – fondées sur un unique entretien d'une heure. On rappellera à ce sujet qu'à teneur de la jurisprudence, ce n'est pas la durée de l'examen personnel de l'expert qui est important mais bien plutôt le contenu du rapport. En l'espèce rien ne permet de suspecter que l'expert ait bâclé son examen. On rappellera en effet que pour l'essentiel la Dresse I_____ partage l'avis de l'expert. En retenant encore une CT de 50% dans une activité adaptée, l'expert ne s'est pas écarté de l'appréciation des médecins traitants (rhumatologue, généraliste et psychiatre); seule la question de la reprise à plein temps pour les raisons exposées précédemment allait au-delà des prévisions des médecins-traitants; mais, comme on le verra cela n'a en définitive pas d'incidence sur le résultat de la décision entreprise. Ainsi, au vu de ce qui précède, la chambre de céans estime que le rapport d'expertise rhumatologique du Dr G_____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

E. 25

La recourante fait grief à l'intimé, respectivement au SMR de s'être borné à suivre aux conclusions de l'expert sans tenir compte de l'avis des médecins traitants et notamment de la rhumatologue traitante: par exemple, dans son avis du 14 septembre 2016, commentant le rapport de la rhumatologue traitante du 12 août 2016, le SMR retenait que cette dernière n'observait pas d'aggravation depuis l'expertise, mais décrivait une amélioration. Or, la recourante relève qu'il est expliqué dans ce rapport que depuis que la recourante est en arrêt de travail, les douleurs sont plus supportables, ce qui ne signifie pas que son état de santé se soit amélioré: si elle reprenait une activité physique, il se péjorerait et les douleurs deviendraient parfaitement insupportables. Il est vrai à cet égard que le SMR est sans doute allé vite en besogne en considérant sans aucune réserve que dès le 1er juillet 2016 la recourante aurait retrouvé une pleine capacité de travail (100 %), ceci sur la base du pronostic formé à l'époque par l'expert. Or, force est de constater que la récupération de la pleine capacité de travail dans une activité adaptée présupposait que les mesures thérapeutiques préconisées par l'expert soient effectivement mises en place, et dans l'affirmative,

A/3326/2017 - 36/39 - aient donné les résultats escomptés. Or, la décision entreprise ayant été rendue le 9 juin, respectivement le 12 juillet 2017, (soit seize mois après que l'expert a énoncé ce pronostic), le SMR et l'intimé se devaient alors d'actualiser la situation en interrogeant les médecins-traitants sur l'évolution de la CT de la recourante après introduction des mesures préconisées par l'expert. Le SMR s'est en outre fondé sur une expression qui pouvait certes prêter à confusion: la rhumatologue traitant, dans son rapport du 12 août 2016, avait indiqué que, selon elle la CT dans une activité adaptée était "d'au moins 50%"; en déduire, comme l'a fait le SMR, que la CT était pleine et entière, procédait d'une interprétation insoutenable. La Dresse I_____ a, en procédure de recours confirmé que son propos avait mal été interprété (attestation médicale du 6 octobre 2017). Mais elle a confirmé lors de son audition par la chambre de céans que pour elle la CT de la recourante dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles avait toujours été de 50% depuis qu'elle la suivait (avril 2016), et que c'était toujours le cas. La recourante reproche encore au SMR de s'être prononcé sans jamais l'avoir examinée personnellement. Ce grief n'est pas fondé. Selon la jurisprudence rappelée précédemment les rapports du SMR ont pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au

dossier sur le plan médical. En tant qu'ils ne contiennent aucune observation clinique, ils se distinguent d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1).

E. 26

La recourante critique encore les degrés d'invalidité retenus par l'intimé, et en particulier le taux retenu (3 %) pour ce qui est de ses tâches ménagères, le taux d'empêchement dans le cadre de la tenue de son ménage étant selon elle bien supérieur aux 8 % retenus, soit à tout le moins de 50 %. Selon elle les pondérations et le pourcentage relatif aux empêchements retenus dans le cadre de l'enquête économique du 4 octobre 2016 ne sont pas adéquats ni conformes à la réalité. Il convient ainsi de déterminer si l'enquête économique sur le ménage à laquelle l'intimé a fait procéder le 3 octobre 2016 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit

A/3326/2017 - 37/39 - correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). En l'espèce le rapport d'enquête ménagère remplit toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante se contente de contester les chiffres retenus pour en proposer d'autres, sans justifier son point de vue par des éléments objectifs susceptibles de jeter le moindre doute quant à la pertinence des constatations faites par la personne qualifiée qu'est l'auteur de ce rapport.

E. 27

La recourante fait encore grief à l'intimé, par rapport à la détermination du degré d'invalidité, de n'avoir procédé à une réduction supplémentaire sur le salaire statistique que de 10% au lieu du maximum de 25 %: selon elle ce maximum se justifierait car seule une activité légère et spécifique conviendrait en raison des limitations fonctionnelles, de son âge (52 ans), de l'absence de toute formation professionnelle, et du fait qu'elle ne soit arrivée en Suisse qu'il y a six ans, et ne parle pas bien le français. A juste titre la recourante ne critique pas en soi la méthode utilisée par l'intimé pour procéder à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, notamment en ayant recours aux salaires statistiques de l'ESS pour le salaire avec invalidité. Elle ne critique que le taux de réduction appliqué par l'intimé au salaire statistique déterminé: elle estime insuffisante la réduction admise par l'intimé de 10

%, considérant qu'il eût été justifié de retenir la réduction maximum de 25 %. Au vu de la jurisprudence citée précédemment, la recourante ne saurait être suivie. Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution - que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit -, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Ainsi, la chambre de céans considère que la réduction appliquée par l'intimé n'est pas critiquable, et tient compte de l'ensemble des caractéristiques personnelles de la recourante, et s'inscrit dans les limites du pouvoir d'appréciation de l'administration.

A/3326/2017 - 38/39 -

E. 28

Ceci dit, la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante tel qu'il semble ressortir des documents produits en procédure de recours, tous postérieurs à la décision entreprise, comme le SMR semble l'admettre sur le principe, n'a pas à être examinée par la chambre de céans, qui ne peut se prononcer, dans la règle, qu'en fonction de l'état du dossier tel qu'ils se présentait au moment de la décision entreprise. Cette question devra dès lors faire l'objet d'une nouvelle demande auprès de l'OAI. Ainsi n'y a-t-il pas lieu d'ordonner une (nouvelle) expertise, comme le souhaiterait la recourante qui considère que si un tel examen était ordonné actuellement, il ne manquerait pas de mettre en évidence une aggravation de son état de santé.

E. 29

Au vu de ce qui précède, même en admettant que, contrairement au pronostic que l'expert avait formulé quant au recouvrement d'une pleine capacité de travail (100 %) depuis le 1er juillet 2016, celui-ci ne s'est pas réalisé à cette date, il n'en demeure pas moins - ce que la recourante ne conteste pas - que sa CT dans une activité adaptée serait restée à 50 %, de sorte que, le degré d'invalidité fondé sur les calculs de la décision entreprise pour la période commençant le 1er mars 2016 resteraient valable dès le 1er juillet 2016, déterminant ainsi un degré d'invalidité de 10 %, ne donnant pas droit à une rente d'invalidité. On rappellera en effet, à l'intention de la recourante, que contrairement à ce qu'elle semble soutenir, 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. 30

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.

E. 31

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3326/2017 - 39/39 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant

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