

GE_GERICHTE ATAS/1173/2017 vom 20. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1173_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1173/2017 du 20 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1173/2017 del 20 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

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.

E. 3

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions

A/320/2017 - 10/29 - 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. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

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 (art. 7 LPGA) (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). 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. 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. 7

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).

A/320/2017 - 11/29 - 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. À 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 294g consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux s'appliquent à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Toutefois, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la

personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

A/320/2017 - 12/29 - 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

A/320/2017 - 13/29 - facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

A/320/2017 - 14/29 - recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). Si, dans sa nouvelle jurisprudence, le Tribunal fédéral a abandonné la présomption du caractère surmontable du syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Des indices d'une telle exagération ou d'autres manifestations d'un profit secondaire tiré de la maladie apparaissent notamment en cas de discordance manifeste entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, d'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques restent cependant vagues, d'absence de demande de soins ou de traitement, ou lorsque les plaintes très

démonstratives laissent insensible l'expert ou en cas d'allégation de lourds handicaps dans la vie quotidienne malgré un environnement psychosocial largement intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2 ; ATF 131 V 49 consid. 1.2 et les références).

E. 8

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). 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).

A/320/2017 - 15/29 - Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de

travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. cc).

A/320/2017 - 16/29 - 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 n° 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. 9

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 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 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. 10

En l'espèce, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, au motif que le degré d'invalidité de 28% était insuffisant. Il s'est fondé sur le rapport d'expertise des médecins de la CRR du 24 mai 2016, selon lesquels le trouble psychique conduit à une incapacité de

travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement, ce dès la date de l'arrêt de travail, soit depuis avril 2011. L'OAI a également pris en compte un empêchement à accomplir les tâches ménagères qu'il a lui-même estimé à 10%, ce qui donne un taux de 2,5% pour une occupation de 25%.

E. 11

Il s'agit d'abord d'examiner la valeur probante de l'expertise du 24 mai 2016.

A/320/2017 - 17/29 - Il y a lieu de constater que dans leur rapport d'expertise du 24 mai 2016, les médecins de la CRR ont pris en considération l'ensemble des rapports médicaux de l'assurée, ainsi que ses plaintes. L'examen a été établi sur la base d'une anamnèse complète. La description de la situation médicale est claire. Les experts ont au demeurant retenu les diagnostics correspondant à ceux posés par les médecins traitants. Ils se sont exprimés sur la capacité de travail exigible de l'assurée en motivant dûment leur point de vue. Il en découle que le rapport d'expertise remplit toutes les exigences de la jurisprudence permettant de lui reconnaître à la forme valeur probante.

E. 12

Cela étant, il convient d'examiner si les arguments de l'assurée commandent de s'écarter des conclusions de ce rapport. Il s'agit en d'autres termes d'en apprécier la pertinence pour déterminer si, sur le fond, le rapport d'expertise du 24 mai 2016 peut se voir reconnaître une pleine valeur probante. a. L'assurée fait valoir que les troubles somatiques dont elle souffre ont également des répercussions sur sa capacité de travail, soit plus particulièrement le déficit vestibulaire. Ce diagnostic, ainsi que celui de probable neuronite vestibulaire, ont été posés par le Dr F_____. L'expert neurologue a en effet considéré que le déficit vestibulaire était sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr F_____ a toutefois précisé qu'il n'avait plus revu l'assurée depuis le 10 septembre 2014, et indiqué que le pronostic était bon, avec mise en place de processus centraux de compensation. Il n'apparaît dès lors pas, au vu de ces déclarations, que la conclusion de l'expert à cet égard soit dénuée de sens. b. L'assurée conteste le taux de 50% retenu pour son incapacité de travail par les experts, rappelant que les rhumatologue, psychiatre et neurologue traitants considèrent quant à eux que sa capacité de travail est nulle. Il est vrai que selon les Drs B_____, C_____ et E_____, la capacité de travail de l'assurée est de 0%. La chambre de céans constate toutefois que le Dr B_____ renvoie la question aux Drs C_____ et D_____ et que ce dernier la renvoie lui-même à la Dresse C_____. Aussi doit-on examiner plus particulièrement le volet psychiatrique. La Dresse C_____ a posé les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, polyarthrite rhumatoïde et syndrome douloureux chronique. Elle considère que l'assurée présente une incapacité de travail dans sa profession d'éducatrice de la petite enfance de 100% à compter du 21 avril 2011, précisant que la capacité de concentration et la résistance étaient limitées. L'expert psychiatre a constaté que « l'assurée était déconditionnée et que son état global lui apparaissait grave ». Il a plus particulièrement relevé « la raréfaction des relations sociales », des ressources tarries, l'absence de flexibilité et de capacité

A/320/2017 - 18/29 - d'adaptation et une capacité d'endurance. Il a observé que le sens du contact envers des tiers ou la capacité d'évoluer au sein d'un groupe, la relation aux proches qui caractérisent les capacités professionnelles affectives et sociales de cette assurée étaient désormais sévèrement atteintes. Il considère que l'usage des compétences professionnelles

est nul. Il est ainsi d'avis, tout comme la Dresse C_____, que l'assurée est incapable de travailler à 100% dans son activité d'éducatrice de la petite enfance. Pourtant, les experts ont considéré que le trouble psychique dont l'assurée souffrait, soit un épisode dépressif moyen à sévère, était responsable d'une incapacité de travail de 50% dans quelque activité que ce soit, les migraines étant responsables uniquement d'une baisse de rendement. Cette conclusion contredit celle de l'expert psychiatre, lequel après avoir décrit de sévères limitations, indique que le syndrome dépressif caractérisé d'intensité moyenne à sévère est responsable à lui seul d'une incapacité de travail à 50%. Force est de constater que le fait d'avoir précisé « à lui seul » implique que les limitations relevées s'ajoutent à ce taux de 50%. On ne comprend dès lors pas le taux de 50% finalement retenu en concilium. c. L'assurée s'étonne que l'expert psychiatre ait écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, alors que les experts, dans leurs conclusions finales, l'ont pris en considération et que les médecins-traitants, soit les Drs D_____ et B_____ et la Dresse C_____, ont diagnostiqué un syndrome fibromyalgique. Les experts l'ont qualifié de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, sans toutefois motiver cette conclusion et sans procéder à l'évaluation préconisée par la nouvelle jurisprudence. Il y a lieu d'ajouter que l'expert psychiatre a écarté le trouble somatoforme douloureux, au motif qu'il y avait un substratum somatique à type de polyarthrite rhumatoïde. On ne peut cependant exclure que l'assurée puisse souffrir, d'une part, d'une polyarthrite rhumatoïde, et, d'autre part, d'un trouble somatoforme douloureux ou fibromyalgie. Ce n'est pas parce qu'il est possible d'expliquer objectivement certaines plaintes qu'il n'en existe pas d'autres qui pourraient, elles, relever d'un trouble somatoforme douloureux. On ne comprend pas non plus pour quelle raison la polyarthrite rhumatoïde séronégative n'aurait pas de répercussion sur la capacité de travail. Aucune précision n'est apportée sur ce point-là. d. L'assurée reproche également aux experts de n'avoir pas suffisamment tenu compte de ses migraines chroniques. Les experts ont à cet égard considéré que les migraines étaient uniquement responsables d'une baisse de rendement. Ils n'évaluent toutefois pas cette baisse de rendement. Selon l'OAI, celle-ci est incluse dans les 50% d'incapacité de travail. Tel n'est toutefois pas l'avis de la chambre de céans. Selon l'expert psychiatre en effet, le syndrome dépressif est responsable à lui seul d'une incapacité de travail de 50%, ce qui implique nécessairement un taux

A/320/2017 - 19/29 - d'incapacité de travail supérieur pour tenir compte des migraines. Il y a à cet égard lieu de relever que l'expert neurologue, tenant compte du fait que la migraine chronique était potentiellement invalidante en termes de rendement, a considéré que le taux d'exigibilité ne pourrait être précisé qu'en concilium, et en particulier au vu de la gravité de l'atteinte à la santé sur le plan rhumatologique, psychiatrique, et des ressources personnelles dont dispose l'assurée. e. Il résulte de ce qui précède que, pour ces motifs déjà, l'expertise du 24 mai 2016 ne saurait sur le fond se voir reconnaître valeur probante. f. En vertu de la jurisprudence fédérale, les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'assurance ne se révèlent pas probantes. Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise demeure possible, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Les conditions d'un renvoi sont en l'espèce réalisées, dès lors que l'OAI n'a pas instruit à satisfaction de droit la situation médicale de l'assurée. Il lui appartiendra ainsi de mettre en œuvre une nouvelle expertise, plus particulièrement psychiatrique, afin de déterminer les répercussions des atteintes à la santé sur la capacité de

travail et de gain de l'assurée, et, si l'existence d'un trouble somatoforme douloureux (ou fibromyalgie) devait être confirmé, évaluer s'il est invalidant selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral.

E. 13

Reste à déterminer sur la base de quel statut le degré d'invalidité devra être déterminé. a. Il existe principalement trois méthodes pour calculer le degré d'invalidité - 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 (non actif) ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel (arrêts du Tribunal fédéral 9C_589/2014 du 6 mars 2015, consid. 3.1 ; 9C_36/2013 du 21 juin 2013, consid. 4.1). b. 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

A/320/2017 - 20/29 - 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 la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V

E. 15

En l'espèce, considérant qu'avant l'atteinte à la santé, l'assurée travaillait à raison de 30 heures par semaine en qualité de gardienne d'enfants à domicile, l'OAI a retenu le statut d'une personne mixte (75% active – 25% ménagère). L'assurée affirme au contraire qu'elle aurait exercé une activité à plein temps si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé.

E. 16

ans. Elle cite à cet égard deux arrêts du Tribunal fédéral (5A 277/2014 et ATF 137 III 102), aux termes desquels, « La capacité de pourvoir soi-même à son entretien est susceptible d'être limitée totalement ou partiellement par la charge que représente la garde des enfants. En principe, on ne peut exiger d'un époux la prise ou la reprise d'une activité lucrative à un taux de 50 % avant que le plus jeune des enfants n'ait atteint l'âge de 10 ans révolus, et de 100 % avant qu'il n'ait atteint l'âge de 16 ans révolus (ATF 115 II 6 consid. 3c). Ces lignes directrices sont toujours valables dès lors que, comme par le passé, la garde et les soins personnels sont dans l'intérêt des enfants en bas âge, ainsi que de ceux en âge de scolarité, et

que les soins personnels représentent un critère essentiel lors de l'attribution de la garde (arrêt 5A_210/2008 du 14 novembre 2008 consid. 3.2, non publié in ATF 135 III 158). Elles ne sont toutefois pas des règles strictes; leur application dépend des circonstances du cas concret (arrêt 5A_241/2010 du 9 novembre 2010 consid. 5.4.3). Ainsi, une activité lucrative apparaît exigible lorsqu'elle a déjà été exercée durant la vie conjugale ou si l'enfant est gardé par un tiers, de sorte que le détenteur de l'autorité parentale, respectivement de la garde, n'est pas empêché de travailler pour cette raison; en revanche, la reprise d'une activité lucrative ne peut raisonnablement être exigée lorsqu'un époux a la charge d'un enfant handicapé ou lorsqu'il a beaucoup d'enfants (arrêt 5A_6/2009 du 30 avril 2009 consid. 2.2). Le juge du fait tient compte de ces lignes directrices dans l'exercice du large pouvoir d'appréciation qui est le sien (ATF 134 III 577 consid. 4) ». La chambre de céans relève cependant que dans cet arrêt, le Tribunal fédéral examine comment fixer la contribution d'entretien en faveur du conjoint au sens de l'art. 125 CC, dans le cadre d'un divorce. Les principes dégagés ne sont d'aucun secours pour la résolution du cas d'espèce et ne sont dès lors pas applicables. En effet, il paraît qu'avoir la garde d'un enfant de 15 ans n'empêche pas un assuré de travailler à plein temps s'il le souhaite. Il n'est ainsi pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, que l'assurée, en bonne santé, aurait exercé une activité lucrative à plein temps. b. La recourante fait également valoir que le choix de la méthode mixte est discriminatoire lorsqu'elle est appliquée à des personnes souhaitant travailler à temps partiel. Elle se réfère expressément à un arrêt DI TRIZIO rendu par la Cour Européenne des droits de l'Homme le 2 février 2016. Dans l'arrêt DI TRIZIO évoqué par l'assurée, la Cour européenne des droits de l'Homme a traité le cas d'une assurée qui s'était vu supprimer son droit à la demi- rente, son degré d'invalidité ayant été recalculé selon la méthode mixte suite à la

A/320/2017 - 27/29 - naissance de ses jumeaux. La Cour européenne des droits de l'Homme a considéré que, dans de telles circonstances, l'application de la méthode mixte constituait une violation du droit au respect de la vie familiale (art. 14 combiné avec l'art. 8 CEDH), puisque c'était la naissance des enfants qui avait conduit à la perte du droit à la rente. Dans une lettre circulaire n°355, datée du 31 octobre 2016 rédigée suite à cet arrêt, l'Office fédéral des assurances sociales - OFAS - a considéré que la méthode mixte ne devait être considérée comme discriminatoire que dans des circonstances similaires à celles du cas DI TRIZIO. Dans de telles situations, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme a pour conséquence que le statut reconnu à un assuré doit être préservé et que la méthode mixte ne doit plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale. Pour cela, deux conditions cumulatives doivent être réunies : - la révision de la rente ou le premier octroi de rente est couplé avec une réduction ou une limitation dans le temps de la rente, et - la réduction du temps de travail est justifiée pour des raisons familiales (obligations de garde d'enfants mineurs). Le Tribunal fédéral a fait sienne cette position (cf. arrêt 9F_8/2016 du 20 décembre 2016 ; cf. également ATAS/1093/2016 et ATAS/174/2017). On notera encore qu'à la suite de l'arrêt DI TRIZIO, le Conseil fédéral a entrepris une modification du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), dont l'entrée en vigueur est prévue le 1er janvier 2018. Cette modification consiste en un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, évaluant séparément les conséquences d'une atteinte à la santé sur l'activité lucrative, d'une part, et sur les tâches ménagères et familiales, d'autre part. Ce nouveau mode de calcul est censé renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle. Le cas de l'assurée diffère de celui de l'arrêt puisqu'on ne se trouve pas dans l'hypothèse d'une

réduction de rente ou d'un octroi de rente limité dans le temps. On ne saurait retenir que la réduction du temps de travail à 75% - pour autant qu'elle ait effectivement réduit son temps de travail à partir de novembre 2010, ce qui paraît douteux vu les raisons expliquées ci-dessus - ait été opérée pour des raisons familiales, sa fille étant à ce moment-là âgée de 15 ans. On n'est ainsi pas en présence d'un changement de statut qui aurait été justifié par la venue au monde d'enfants. Partant, c'est en vain que l'assurée se prévaut de l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme. c. Le statut mixte tel que retenu par l'OAI doit, au vu de ce qui précède, être confirmé.

A/320/2017 - 28/29 -

E. 17

S'agissant de l'évaluation des empêchements à accomplir les tâches ménagères, l'OAI a retenu un taux de 10%. Il a considéré que, compte tenu du fait que, selon l'expertise, l'assurée était aidée par sa fille dans l'accomplissement des tâches ménagères, vu sa capacité de travail de 50% dans toute activité et vu ses limitations fonctionnelles, ses empêchements étaient au maximum de 10% dans la sphère ménagère, ce qui donne un taux de 2,5% pour les empêchements dans les travaux habituels auxquels elle se consacre à hauteur de 25%. Il a renoncé à effectuer une enquête économique sur le ménage. Force est de constater que l'instruction menée par l'OAI est lacunaire. Dans la mesure où le statut mixte a été retenu, il y avait lieu d'examiner, compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier, s'il existait des empêchements dans la tenue du ménage méritant d'être pris en considération, et ce au moyen d'une enquête sur place effectuée par une personne qualifiée et ayant connaissance de la situation locale et spatiale. L'OAI ne pouvait effectuer un examen général et abstrait de la situation de l'assurée. La chambre de céans ayant par ailleurs considéré que l'expertise sur laquelle s'était fondé l'OAI pour rendre la décision litigieuse n'avait pas valeur probante, de sorte qu'une nouvelle expertise psychiatrique se justifiait, il y a pour ce motif également lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle détermination sur la question de l'évaluation des empêchements rencontrés dans le ménage également, étant rappelé qu'en présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, ces dernières ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

E. 18

Aussi le recours est-il partiellement admis, en ce sens que la décision du 12 décembre 2016 est confirmée s'agissant du statut mixte de l'assurée, mais annulée pour le reste. La cause est renvoyée à l'OAI pour nouvelle instruction sous forme d'une expertise psychiatrique et nouvelle décision.

A/320/2017 - 29/29 - 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.