

GE_GERICHTE ATAS/1324/2014 vom 18. Dezember 2014

GE Cour de justice, 2014-12-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1324_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/1324/2014 du 18 décembre 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/1324/2014 del 18 dicembre 2014

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 depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

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

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

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 la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est aggravé au point d'influencer son droit aux prestations.

A/561/2014 - 13/23 -

E. 6

La recourante invoque, tout d'abord, une violation de son droit d'être entendue dans la mesure où la décision querellée est, selon elle, incompréhensible. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment). a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 [Cst. - RS 101]) le devoir pour le juge de motiver sa décision, afin que le justiciable puisse la comprendre, la contester utilement s'il y a lieu et exercer son droit de recours à bon escient. Pour répondre à ces exigences, le juge doit mentionner, au moins brièvement, les motifs qui l'ont guidé et sur lesquels il a fondé sa décision, de manière à ce que l'intéressé puisse se rendre compte de la portée de celle-ci et l'attaquer en connaissance de cause. Il n'a toutefois pas l'obligation d'exposer et de discuter tous les faits, moyens de preuve et griefs invoqués par les parties, mais peut au contraire se limiter à l'examen des questions décisives pour l'issue du litige (ATF 134 I 83 consid. 4.1). Dès lors que l'on peut discerner les motifs qui ont guidé la décision de l'autorité, le droit à une décision motivée est respecté même si la motivation présentée est erronée. La motivation peut d'ailleurs être implicite et résulter des différents considérants de la décision (arrêt du Tribunal fédéral 2C_23/2009 du 25 mai 2009 consid. 3.1, publié in RDAF 2009 II p. 434). En revanche, une autorité se rend coupable d'un déni de justice formel prohibé par l'art. 29 al. 2 Cst. si elle omet de se prononcer sur des griefs qui présentent une certaine pertinence ou de prendre en considération des allégués et arguments importants pour la décision à rendre (ATF 133 III 235 consid. 5.2 ; 126 I 97 consid. 2b ; 125 III 440 consid. 2a). b. En l'espèce, la décision querellée est rédigée en trois parties. Dans un premier temps, l'OAI cite les bases légales applicables, y compris l'art. 53 al. 2 et 3 LPGA relatif à la reconsidération. Dans un deuxième temps, l'intimé résume le résultat de ses constatations antérieures à la soumission du projet de décision à la recourante. Enfin, dans une troisième partie, l'OAI précise le résultat de ses constatations « suite à audition », soit en d'autres termes, suite aux objections formulées par la recourante suite à son projet de décision. Dans le chapitre « résultat de nos constatations », l'OAI explique en substance que la décision initiale du 16 avril 2009, laquelle mettait l'assurée au bénéfice d'une rente limitée dans le temps, se fondait sur un rapport du SMR, faisant état d'une capacité de travail entière, avec une baisse de rendement de 20% dès mai 2008. L'intimé précise avoir constaté que cette évaluation ne concordait pas entièrement avec les conclusions des experts, qui attendaient une capacité de travail entière après traitement de l'affection médicale. Or, le complément d'instruction mis en œuvre dans le cadre de la nouvelle demande, avait démontré que l'amélioration attendue en 2007 par les experts ne s'était pas produite et que la capacité de travail de la recourante était depuis lors restée de 50% dans une activité adaptée. L'OAI en tire la conclusion que sa décision initiale, manifestement erronée, doit être reconsidérée. Après avoir précisé que le degré d'invalidité total est de 4% (2% dans

A/561/2014 - 14/23 - le ménage et 2% dans le domaine professionnel), l'intimé rappelle qu'un degré d'invalidité inférieur à 40% n'ouvre pas droit à une rente d'invalidité et que le droit au reclassement n'est pas non plus ouvert, faute d'invalidité supérieure à 20%. Dans

son chapitre « résultat de nos constatations suite à audition », l'OAI rappelle, à titre liminaire, que la recourante conteste la réalisation des conditions de la reconsidération. Après avoir relevé, d'une part, que l'assurée n'a pas recouru contre la décision du 16 avril 2009 lui octroyant une rente limitée dans le temps et, d'autre part, que l'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force chose jugée, à la condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa modification revête une importance notable, l'intimé considère que, dans le cas présent, la condition de l'importance notable fait défaut puisque, malgré un réexamen du taux d'invalidité, les conditions permettant de reconnaître le droit à des prestations ne sont quoi qu'il en soit pas réunies. Si les explications données par l'OAI ne sont certes pas très claires, il n'en demeure pas moins que la combinaison des différents considérants et du dispositif de la décision querellée permet de comprendre que, quand bien même la décision initiale du 16 avril 2009 était manifestement erronée parce qu'elle partait de la présomption que l'assurée était totalement capable de travailler - ce qui était manifestement inexact -, la condition de l'importance notable n'était pas réalisée, le taux d'invalidité n'étant de toute manière pas suffisant pour ouvrir droit à une rente ou à des mesures de reclassement. Par conséquent, conformément à la jurisprudence susmentionnée, dès lors que la recourante a pu discerner les motifs ayant guidé la décision de l'OAI, le droit à une décision motivée est respecté. D'ailleurs, la recourante a pu faire valoir ses arguments s'agissant non seulement de la reconsidération mais également de la valeur probante du rapport du SMR, ce qui démontre qu'elle a compris les raisons qui ont amené l'OAI à rejeter la demande. Pour ces motifs, le grief de violation du droit d'être entendu doit être écarté.

E. 7

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

A/561/2014 - 15/23 - 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). b. Lorsqu'une nouvelle demande est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art.87 al.2 et 3 RAI). En cas d'entrée en matière sur une nouvelle demande après un refus de prestations (art. 87 al. 4 RAI), l'administration doit instruire la cause et déterminer si la situation de fait s'est modifiée de manière à influencer les droits de l'assuré. En cas de recours, le juge est tenu

d'effectuer le même examen quant au fond. Par analogie avec le cas de la révision au sens de l'art. 17 LPGA, pour déterminer si la modification des faits (relatifs à l'état de santé ou la situation économique) suffit à admettre le droit à la prestation litigieuse, il y a lieu de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision de refus de prestations et les circonstances existant au moment du prononcé de la nouvelle décision (ATF 130 V 343 consid. 3.5, voir également arrêt du Tribunal fédéral 9C 1012/2008 du 30 juin 2009 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'art. 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).

E. 8

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. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis A/561/2014 - 16/23 - RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pourcents entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

E. 9

S'agissant du taux d'invalidité retenu par l'OAI, la recourante conteste en premier lieu l'appréciation de sa capacité de travail par les médecins du SMR et, dans ce contexte, la valeur probante de leur rapport. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité s'agissant de l'activité lucrative, 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). b. Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/06 du 6 novembre 2007 consid. 3.1; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 70/07 du 14 avril 2008 consid. 5). c. La jurisprudence a dégagé au cours de ces dernières années un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical

A/561/2014 - 17/23 - et juridique - le caractère invalidant de syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon la jurisprudence, de tels syndromes n'entraînent 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 p. 354). Il existe une présomption que ces syndromes ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3 et 131 V 49 consid. 1.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura 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 (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact; ATF 132 V 65 consid. 4.2.2). d. Dès lors qu'en l'absence de résultats sur le plan somatique le seul diagnostic de troubles

somatoformes douloureux ne suffit pas pour justifier un droit à des prestations d'assurance sociale, il incombe à l'expert psychiatre, dans le cadre large de son examen, d'indiquer à l'administration (et au juge) si et dans quelle mesure un assuré dispose de ressources psychiques qui - eu égard également aux critères mentionnés au considérant 6b) ci-dessus - lui permettent de surmonter ses douleurs. Il s'agit pour lui d'établir de manière objective si, compte tenu de sa constitution psychique, l'assuré peut exercer une activité sur le marché du travail, malgré les douleurs qu'il ressent (ATF 130 V 352, consid. 2.2.4. et les arrêts cités).

E. 10

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/561/2014 - 18/23 - 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

E. 11

En l'espèce, pour évaluer l'invalidité de la recourante pour la part relative à l'activité lucrative, l'intimé s'est basé sur le rapport d'examen bidisciplinaire du

E. 12

Quand bien même la recourante ne conteste pas l'enquête ménagère, il y a lieu d'examiner celle-ci, étant donné que l'intéressée conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, ce qui implique une appréciation différente de ses empêchements dans le ménage. 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 ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 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. 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 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).

A/561/2014 - 20/23 - b. Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005, consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe. c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (ATF 129 V 463 consid. 4.2 et 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4). d. En l'espèce, deux enquêtes ménagères ont été effectuées au domicile de la recourante. La première, réalisée en 2008, a conclu à un degré d'invalidité de 16%. La seconde, effectuée en 2013 selon une méthode de calcul différente, parvient à un degré d'invalidité de 2.8%. En comparant les deux enquêtes ménagères, la chambre de céans constate, s'agissant du degré d'invalidité dans les travaux habituels, une différence de 13.2% (16% - 2.8%) entre 2008 et 2013 : travaux pondération empêchement invalidité 2008 2013 2008 2013 2008 2013 2013

A/561/2014 - 21/23 - conduite du ménage 5% 5% 0% 0% 0% 0% alimentation 40% 45% 5% 0% 2% 0% entretien du logement 20% 20% 40% 5% 8% 1% emplettes et courses

diverses 10% 10% 0% 0% 0% 0% lessive et entretien des vêtements 20% 20% 30% 9% 6%
1.8% soins aux enfants 5% 0% 0% 0% 0% 0% total 100% 100%

16% 2.8% En examinant en détail les deux enquêtes, la chambre de céans constate que la situation n'a pourtant guère évolué : la description des empêchements est très similaire dans les deux cas, tout comme la composition de la cellule familiale, formée de l'époux de la recourante, au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité, et de leur dernier enfant, O_____, étudiante, laquelle ne rentrait pas tous les jours à la maison. Les autres enfants habitaient à proximité et venaient régulièrement aider leur mère. En réalité, la seule modification concerne l'appréciation de l'exigibilité de la famille, s'agissant des postes « entretien du logement » et « lessive et entretien des vêtements » ; en d'autres termes, il y a simplement eu appréciation différente d'un même état de fait, ce qui n'est pas admissible. Dans ces circonstances, l'enquête ménagère réalisée en 2013 doit se voir nier toute valeur probante. Il y a lieu de retenir les chiffres de 2008 et, par conséquent, une invalidité de 16% dans la sphère ménagère.

E. 13

a. Enfin, s'agissant du taux d'invalidité globale, il est calculé d'après le temps consacré aux deux champs d'activité et se détermine à l'aide de la formule suivante (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_790/2010 du 8 juillet 2011 consid. 7.1) : [% part lucrative x % invalidité] + [% part ménagère x % invalidité]. b. En l'espèce, dans la mesure où la recourante n'a contesté ni le revenu annuel brut sans invalidité, réactualisé, ni le revenu annuel brut avec invalidité, il n'y a pas lieu de s'écarter de la détermination du degré d'invalidité telle qu'effectuée par l'intimé et de retenir un taux d'invalidité dans l'activité lucrative de 3.3%, arrondi à 3%. Comme indiqué précédemment, l'invalidité dans la sphère ménagère est de 16%. En appliquant la formule précitée, l'invalidité globale de la recourante s'élève à 10.15% ($[45 \% \times 3\%] + [55\% \times 16\%]$), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Dans ce contexte, la chambre de céans relèvera encore que, dans la mesure où le degré d'invalidité de la recourante est insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente d'invalidité, la question de savoir si la nouvelle demande devait être traitée comme

A/561/2014 - 22/23 - une demande de reconsidération (comme cela semble avoir été le cas dans la décision querellée), ou comme une nouvelle demande stricto sensu (comme semble le considérer ce même office dans sa réponse au recours) peut en l'état rester ouverte.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/561/2014 - 23/23 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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