

## **GE\_GERICHTE ATAS/1571/2009 vom 30. November 2009**

GE Cour de justice, 2009-11-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1571\\_2009](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1571_2009)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1571/2009 du 30 novembre 2009

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1571/2009 del 30 novembre 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

A/219/2009 - 11/21 -

#### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. À teneur de l'art. 80a al. 1er let. a LAI, sont également applicables, aux personnes visées à l'art. 2 du Règlement européen n° 1408/71 en ce qui concerne les prestations prévues à l'art. 4 dudit règlement tant qu'elles sont comprises dans le champ d'application matériel de la LAI, l'Accord du 21 juin 1999 entre, d'une part, la Confédération suisse et, d'autre part, la Communauté européenne et ses États membres sur la libre circulation des personnes (ALCP ; RS 0.142.112.681), son annexe II et les règlements n° 1408/71 et 574/72 dans leur version adaptée. L'ALCP est entré en vigueur le 1er juin 2002. En vertu de l'art. 20 de cet accord, sauf disposition contraire découlant de l'annexe II, il suspend les accords de sécurité sociale bilatéraux entre la Suisse et les États membres de la Communauté européenne dès son entrée en vigueur, dans la mesure où il régit la même matière. L'application de dispositions de la Convention de sécurité sociale du 11 septembre 1975 entre la Suisse et le Portugal (RS 0.831.109.654.1), suspendue dès le 1er juin 2002, n'est toutefois pas exclue a priori par la suite, si elle a, pour la recourante, un résultat plus favorable que l'application de l'ALCP (ATF 133 V 329). Pour le surplus, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références).

#### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 23 janvier 2009 conformément à l'art. 39 al. 1er LPGA est recevable.

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité et, singulièrement, sur les conditions d'assurance.

#### **E. 5**

Ont droit au versement d'une rente ordinaire ou extraordinaire d'invalidité les assurés qui remplissent les conditions prévues aux art. 28 ss LAI. Selon l'art. 1b LAI, dans sa teneur en

vigueur depuis le 1er janvier 2003, sont notamment assurées conformément à la LAI les personnes qui sont assurées à titre obligatoire en vertu de l'art. 1a de la loi fédérale du 20 décembre 1946 sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10). À teneur de l'art. 1a al. 1er LAVS, sont obligatoirement assurées les personnes physiques qui, notamment, sont domiciliées en Suisse (let. a) ou qui exercent en Suisse une activité lucrative (let. b). C'est le lieu de préciser que l'affiliation au régime suisse de l'assurance-vieillesse et survivants – en d'autres termes, la qualité d'assuré – est individuelle. Cela signifie qu'une personne physique doit remplir personnellement l'un des critères d'assujettissement sans qu'une exemption ou libération lui soit applicable. En présence d'un groupe familial, il est donc nécessaire

A/219/2009 - 12/21 - d'examiner la situation de chaque membre de la famille (GREBER/DUC/ SCARTAZZINI, Commentaire des articles 1 à 16 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants, n. 31, p. 31). a) En vertu de l'art. 2 ALCP, les ressortissants d'une partie contractante qui séjournent légalement sur le territoire d'une autre partie contractante ne sont pas discriminés en raison de leur nationalité. Cette disposition consacre le principe de l'égalité de traitement, lequel s'oppose à ce que la nationalité soit un critère de distinction ou, en d'autres termes, un motif de discrimination entre nationaux et non-nationaux. Ainsi, l'art. 3 par. 1er du Règlement (CEE) 1408/71 prévoit que les personnes auxquelles les dispositions dudit règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout État membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans le Règlement. En l'espèce, il apparaît que la recourante, du fait de sa nationalité portugaise, est bien ressortissante d'une partie contractante au sens de l'art. 2 ALCP précité. Il découle de là qu'elle ne saurait être discriminée du fait de sa nationalité et qu'elle doit être admise au bénéfice de la législation suisse dans les mêmes conditions que les ressortissants suisses. En particulier, l'art. 6 al. 2 LAI, qui dispose que les ressortissants étrangers ont droit aux prestations de l'assurance-invalidité – dont font partie les rentes (art. 28 ss LAI) – aussi longtemps qu'ils conservent leur domicile et leur résidence habituelle en Suisse, mais seulement s'ils comptent, lors de la survenance de l'invalidité, au moins une année entière de cotisations ou dix ans de résidence ininterrompue en Suisse, ne lui est par conséquent pas applicable. Lui est en revanche applicable la réglementation applicable aux ressortissants suisses, laquelle prévoit notamment ce qui suit. b) Ainsi qu'il a été dit plus haut, n'ont droit au versement de prestations de l'assurance-invalidité suisse, en toute hypothèse, que les personnes assurées conformément à la LAI, c'est-à-dire les personnes qui sont domiciliées en Suisse ou qui y exercent une activité lucrative. Conformément à l'art. 13 al. 1er LPGA, le domicile d'une personne est déterminé selon les art. 23 à 26 du Code civil suisse (CC ; RS 210). Aux termes de l'art. 23 CC, le domicile de toute personne est au lieu où elle réside avec l'intention de s'y établir (al. 1er), et nul ne peut avoir en même temps plusieurs domiciles (al. 2). L'art. 24 CC prévoit en outre que toute personne conserve son domicile aussi longtemps qu'elle ne s'en est pas créé un nouveau (al. 1er), et le lieu où elle réside est considéré comme son domicile lorsque l'existence d'un domicile antérieur ne peut pas être établie ou lorsqu'elle a quitté son domicile à l'étranger et n'en a pas acquis un nouveau en Suisse (al. 2).

A/219/2009 - 13/21 - En l'espèce, et conformément aux principes qui viennent d'être rappelés, il y a lieu de retenir que la recourante, qui réside à Genève avec l'intention de s'y

établir en compagnie de son époux et de leurs enfants depuis février 2000, est domiciliée dans le canton de Genève, et donc assurée à titre obligatoire conformément à la LAI, depuis lors. c) En vertu de l'art. 36 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1997 au 31 décembre 2007, ont droit aux rentes ordinaires les assurés qui, lors de la survenance de l'invalidité, comptent une année entière au moins de cotisations. Contrairement à la situation juridique qui prévalait avant l'entrée en vigueur, le 1er janvier 1997, de la 10e révision de l'assurance-vieillesse et survivants (art. 29 al. 1er LAVS ou art. 36 al. 1er LAI, tous les deux en liaison avec les art. 3 al. 2 let. b et 29bis al. 2 LAVS, dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 1996 ; ATF 111 V 106 consid. 1b, 110 V 280 consid. 1a et les références), il n'est plus nécessaire que l'intéressé ait payé personnellement des cotisations pour que soit accomplie la durée de cotisation minimale d'une année ouvrant droit aux rentes ordinaires de l'assurance-vieillesse et survivants ou de l'assurance-invalidité. Indépendamment de la possibilité de prendre en compte les bonifications pour tâches éducatives ou d'assistance au sens des art. 29sexies et 29septies LAVS (en vigueur depuis le 1er janvier 1997), une personne qui n'a jamais exercé une activité lucrative peut aussi satisfaire à la condition de la durée minimale de cotisation selon l'art. 36 al. 1er LAI si elle a été assurée (obligatoirement ou facultativement) au total pendant plus de onze mois et que, pendant ce temps, elle était mariée avec un assuré qui versait au moins le double de la cotisation minimale (art. 32 al. 1er du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité [RAI ; RS 831.201] en liaison avec l'art. 50 du règlement du 31 octobre 1947 sur l'assurance-vieillesse et survivants [RAVS] et les art. 3 al. 3 let. a et 29ter al. 2 let. b LAVS ; cf. ATF 125 V 255 consid. 1b). Cependant, aux termes de la première phrase du ch. 1 let. c al. 1er des dispositions finales de la modification du 7 octobre 1994 (10e révision de l'assurance-vieillesse et survivants), les nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les rentes dont le droit prend naissance après le 31 décembre 1996. Aussi, la jurisprudence considère-t-elle qu'en ce qui concerne les cas d'assurance survenus avant le 1er janvier 1997, il n'est pas possible de renoncer, rétroactivement, à l'exigence du paiement personnel de cotisations. C'est pourquoi un assuré qui, sous l'ancien droit, ne pouvait prétendre à une rente ordinaire parce qu'il ne pouvait se prévaloir d'une durée de cotisation d'une année entière au moins au moment de la survenance de l'invalidité, n'a pas droit non plus à une telle prestation après l'entrée en vigueur de la 10e révision de l'assurance-vieillesse et survivants, indépendamment des cotisations payées par son conjoint (ATF 126 V 273). D'autre part, l'art. 29 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur avant le 1er janvier 2008, dispose que le droit à une rente ordinaire d'invalidité prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de

A/219/2009 - 14/21 - 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail au sens de l'art. 29 al. 1er LAI lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Au vu de ce qui précède, apparaît décisive, dans le cas d'espèce, la question de savoir si la recourante est invalide au sens de la loi et, dans l'affirmative, depuis quand.

## **E. 6**

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain

toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007). Au sens du droit des assurances sociales, l'invalidité est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rap-

A/219/2009 - 15/21 - port se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 précité consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 précité consid. 3b et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). En l'espèce, force est de constater que seul le rapport d'expertise pluridisciplinaire dressé le 2 avril 2007 et complété le 1er février 2008 remplit les exigences applicables en la matière pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Il se fonde sur l'ensemble du dossier médical constitué aux moments décisifs, sur un examen clinique étendu du rachis et des membres supérieurs et inférieurs de la recourante, sur un examen psychiatrique complet, sur une anamnèse abondante et sur les plaintes exprimées lors des consultations. En outre, ses conclusions sont dûment motivées. En revanche, il apparaît d'emblée que les

rapports établis par les docteurs a \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ n'offrent pas les mêmes garanties. En particulier, les avis du docteur a \_\_\_\_\_ ont été essentiellement établis sur la base des plaintes et des inquiétudes formulées par la recourante, comme l'atteste le caractère confus qu'ils présentent. Dans un premier temps, ce praticien a en effet motivé l'incapacité de travail de sa patiente par la présence d'un état dépressif dont les symptômes s'étaient manifestés suite un grave conflit conjugal en février 2004 ; quelques mois plus tard, il a appuyé la demande de rente de la recourante par la présence, depuis l'enfance, d'une épilepsie ; peu après, il a ajouté les diagnostics de rachialgies chroniques, d'obésité morbide et d'inadaptation à la langue et à la culture. Pour sa part, l'avis du docteur C \_\_\_\_\_ se borne également à retranscrire les plaintes de la recourante, à quoi il ajoute, au terme d'un examen clinique qu'il évalue pour- tant comme étant « dans les limites de la norme », les diagnostics posés par le doc- teur a \_\_\_\_\_ et les prescriptions thérapeutiques du docteur D \_\_\_\_\_ pour motiver, sans autres explications, la totale incapacité de travail de celle-ci. Il s'impose donc de n'attribuer qu'une faible valeur probante à ces rapports médicaux. Les avis des docteurs B \_\_\_\_\_, D \_\_\_\_\_, F \_\_\_\_\_ et I \_\_\_\_\_ offrent davantage de substance dans leurs domaines respectifs, et ils doivent se voir reconnaître une valeur probante certaine dans cette mesure limitée, étant précisé

A/219/2009 - 16/21 - qu'en sa qualité de psychiatre traitant, compte doit être tenu de la relation de confiance particulière qui lie le docteur I \_\_\_\_\_ à la recourante. En conséquence, il y a lieu de tenir pour établi que celle-ci n'est pas parvenue à rendre vraisemblable le caractère invalidant de son état de santé physique. Bien au contraire : le caractère invalidant du diagnostic de cervico-dorso-lombalgies chro- niques n'a pas été confirmé par les examens spécialisés et l'obésité morbide qui pouvait en être la cause a d'ailleurs été traitée avec succès en 2003. Sur le plan so- matique, l'état de santé de la recourante a donc bien connu une amélioration à cette époque et non pas une dégradation. Sur le plan psychique, les médecins consultés s'accordent assez largement à dire que la recourante souffre de troubles dépressifs qui, traités au Portugal déjà, n'ont très vraisemblablement pu avoir des répercussions objectives sur sa capacité de tra- vail que depuis 2004. Avant cela en effet, et selon les déclarations mêmes de la re- courante, confirmées en ce qui concerne l'activité exercée en Suisse, elle s'occupait de ses deux enfants en bas âge et travaillait en qualité de femme de ménage au ser- vice de divers employeurs. Par la suite, il apparaît que, comme le montrent les rapports établis par les docteurs D \_\_\_\_\_, G \_\_\_\_\_ et H \_\_\_\_\_, la recourante exprimait de nom- breuses plaintes dont le substrat organique n'était pas décelable, et elle adoptait une attitude très démonstrative au moment des examens. Force est en outre de constater que la cause principale des troubles dépressifs qui, de l'avis des docteurs a \_\_\_\_\_ et B \_\_\_\_\_, résidait dans la violence conjugale à laquelle la re- courante était confrontée avait, de l'avis du docteur I \_\_\_\_\_, disparu en juillet 2007. De plus, l'abus médicamenteux constaté quelques semaines plus tôt était sur- venu quelques jours après la reddition, par l'OCAI, du projet de la décision présen- tement querellée, de sorte que l'on peut légitimement s'interroger sur l'intensité des troubles allégués au regard du caractère fluctuant des déclarations de la recourante. Au regard de la valeur probante des avis médicaux, telle qu'examinée plus haut, il convient donc de retenir que la recourante n'a pas, à satisfaction de droit, rendu vraisemblable l'existence d'une atteinte à sa santé mentale ou psychique avant avril 2007, dans la mesure où il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions de l'expertise rhumatologique et psychiatrique complétée en janvier 2008. Au degré de la vrai-

semblance prépondérante exigible en matière d'assurances sociales, il s'impose par conséquent de conclure que l'état de santé psychique de la recourante s'était dégradé de manière déterminante en avril 2007, et que sa capacité de travail est nulle depuis lors. Il découle de là qu'au moment de la survenance de l'invalidité, la recourante comptait bien une année entière de cotisations, de sorte qu'elle peut légitimement prétendre au versement d'une rente ordinaire. Pour en déterminer le montant, il convient à

A/219/2009 - 17/21 - présent de déterminer le taux de l'invalidité, étant précisé qu'au vu de la totale incapacité de travail sur le plan psychique, une instruction médicale complémentaire ne se justifie pas.

## **E. 7**

En vertu de l'art. 28 al. 2ter LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPG. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2bis pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé d'après le handicap dont la personne est affectée dans les deux domaines d'activité. Pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 146 consid. 2c). L'incapacité de travail et l'incapacité d'accomplir ses travaux habituels sont deux notions qui, même si elles se recoupent en partie, doivent être différenciées. Pour un nettoyeur professionnel par exemple, l'incapacité de travail s'évalue au regard de son inaptitude à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites (passer l'aspirateur, entretenir les sols, nettoyer les vitres, épousseter, etc.). En revanche, l'incapacité d'accomplir les travaux habituels s'évalue différemment. Elle se fonde non seulement sur l'inaptitude de l'assuré à effectuer les tâches de nettoyage proprement dites, mais également sur l'empêchement à réaliser tous les autres travaux usuels et nécessaires à la tenue d'un ménage, tels que, notamment, la préparation des repas, les emplettes, l'entretien du linge ou les soins aux enfants (cf. Circulaire de l'OFAS concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité établie (CIIAI), p. 65, n. 3084 ss). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (ATF non publié du 13 avril 2005, I 593/03, consid. 5.3). À ces éléments s'ajoute également le fait qu'au titre de son obligation de réduire le dommage, la personne assurée est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses

A/219/2009 - 18/21 - proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Concrètement, la part de l'activité professionnelle dans l'ensemble

des travaux de l'assuré est déterminée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession considérée et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs. La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (cf. ATF 130 V 393 consid. 3.3 et les références, 104 V 136 consid. 2a). 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 s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). En l'espèce, faute d'erreurs manifestes, il s'impose de considérer que les conclusions auxquelles l'OCAI est parvenu au terme de l'enquête ménagère du 8 mai 2008 ne sauraient être remises en cause. Relevons encore qu'en cas de déclarations contradictoires de l'assuré, la jurisprudence constante en la matière précise qu'il convient en général d'accorder la préférence à ses premières déclarations, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). Enfin, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser, dans un arrêt du 19 décembre 2003 (ATF 130 V 121), que le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En l'espèce, conformément aux principes rappelés plus haut au sujet des déclarations contradictoires de l'assuré, il y a lieu de retenir qu'à tout le moins, la recourante s'était satisfaite de l'exercice de l'activité qui était la sienne à temps partiel au Portugal, puis en Suisse. Force est en outre de constater que la recourante a déclaré, au cours de l'enquête ménagère, qu'en l'absence de ses problèmes de santé, elle au-

A/219/2009 - 19/21 - rait poursuivi son activité de nettoyeuse dans les mêmes proportions pour des raisons financières. Partant, c'est à bon droit que l'OCAI lui a reconnu un statut mixte. À cet égard, il sied d'observer qu'entre juin 2002 et décembre 2004, la recourante a exercé son activité professionnelle au service de trois employeurs différents pour un salaire total de 12'498 fr. Abstraction faite de la durée des incapacités totales et partielles de travail, elle s'est trouvée, au cours de cette période, totalement capable de travailler pendant dix mois et demi, et capable de travailler à mi-temps pendant un demi mois. Elle a donc perçu, en moyenne, un salaire mensuel brut de 1'162 fr. 60 ( $12'498 \div 10.75$ ), et travaillé 65.7 heures par mois ( $1'162.60 \div 17.70$ ), ou 15.2 heures par semaine ( $65.7 \div 4.33$ ). Dans le domaine du nettoyage, une activité à plein temps comprend 42 heures de travail par semaine, de sorte que le taux d'activité de la recourante était alors de 36.2% ( $15.2 \div 42$ ). Le taux d'invalidité doit ensuite être déterminé comme suit. Pour ce qui est du volet professionnel, il a été établi que la recourante se trouve en incapacité totale de gain depuis avril 2007. Au terme de l'enquête, il a d'autre part été établi que le taux d'empêchement s'élève, dans la sphère ménagère, à 15.75%. L'évaluation du taux d'invalidité global s'opère, conformément à la méthode mixte, au moyen de la formule suivante :  $EZ \cdot H \cdot E \cdot EZ$

IE E × - + × ] ( [ ) (

E = travail fourni par l'assuré en tant que personne non invalide exerçant une activité lucrative en heures par semaine  
IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pour cent  
EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine  
H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent. Le calcul est donc le suivant :  $2.15 \cdot 42 \cdot (100 - 2.15 \cdot (42 - 75) \cdot 15)$ , qui détermine un taux d'invalidité global de 46.24%, arrondi à 46%, lequel donne droit au versement d'un quart de rente d'invalidité à compter du 1er avril 2008. Mal fondé, le recours devra être rejeté.

### E. 8

L'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, prévoit qu'en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr.

L'émolument, arrêté à 200 fr., sera mis à la charge de la

A/219/2009 - 20/21 - recourante, qui succombe. Enfin, pour la même raison, elle n'a pas droit à une indemnité à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA, a contrario).

A/219/2009 - 21/21 -

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