

# **GE\_GERICHTE ATAS/211/2018 vom 12. März 2018**

GE Cour de justice, 2018-03-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_211\\_2018](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_211_2018)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/211/2018 du 12 mars 2018

IT: GE\_GERICHTE ATAS/211/2018 del 12 marzo 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de 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. 3**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente invalidité.

### **E. 4**

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

A/1200/2016 - 12/26 - 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).

### **E. 5**

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé

(ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

## **E. 6**

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).

## **E. 7**

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

A/1200/2016 - 13/26 - consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que 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 étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, 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 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. A cet égard, la modification du RAI, entrée en vigueur le 1er janvier 2018, qui traite de l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel n'est pas applicable pour la période courant jusqu'au 31 décembre 2017 (lettre circulaire n°372 du 9 janvier 2018).

## **E. 8**

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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). 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 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

A/1200/2016 - 14/26 - rapport en pour-cent 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). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

## **E. 9**

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément 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. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la

jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui 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

A/1200/2016 - 15/26 - 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). On peut renoncer à une enquête sur place pour ce qui concerne le ménage si un avis médical indique qu'il n'y a pas de restriction dans ce domaine (CIIAI N° 3096.1).

#### **E. 10**

Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334 consid. 4.1).

#### **E. 11**

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

#### **E. 12**

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

A/1200/2016 - 16/26 - 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. 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 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 351 consid. 3b). Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 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

A/1200/2016 - 17/26 - 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. Etant 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). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 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; 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

A/1200/2016 - 18/26 - 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\_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

### **E. 13**

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. 14**

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

#### **E. 15**

En l'espèce, s'agissant tout d'abord du statut de la recourante, celui retenu par l'intimé, mixte, 40% active et 60% ménagère, ne peut qu'être confirmé au vu de l'activité déployée par la recourante comme femme de ménage chez B\_\_\_\_\_ du 1er septembre 2004 au 30 novembre 2013 ; la recourante a d'ailleurs confirmé le 25 octobre 2016 qu'elle avait bien travaillé à 40%. Ce point n'est donc plus litigieux.

#### **E. 16**

Du point de vue somatique, les parties ont admis l'expertise du Dr H\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2014, selon laquelle la recourante présentait une incapacité de travail totale dans son ancienne activité depuis l'arrêt de travail jusqu'au 21 janvier 2014 (date de l'expertise), puis de 50% dans son ancienne activité de femme de ménage,

A/1200/2016 - 19/26 - ainsi qu'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (sans montée et descente d'escaliers, pentes raides, marches en terrain irrégulier et nécessité de varier les positions assise et debout). Il n'y a pas de motif de remettre en cause cette appréciation, probante. Par ailleurs, la recourante n'a pas fait valoir que la restriction de son champ visuel, évoquée par la Dre O\_\_\_\_\_, l'empêchait de mettre à profit une capacité de travail.

#### **E. 17**

Du point de vue psychiatrique, par ordonnance du 9 janvier 2017 la chambre de céans a confié au Dr. P\_\_\_\_\_ une expertise psychiatrique en relevant ce qui suit : L'expertise de la Dre L\_\_\_\_\_ du 7 octobre 2015 n'emporte pas la conviction. Elle relate les traumatismes dus à la guerre en Somalie dont a été victime la recourante, les symptômes psychiques apparus en 2010 avec une intention suicidaire, la prise de poids de 20 kg depuis

l'arrêt de travail, ainsi que la tristesse accompagnée d'un grand désarroi observés lors de l'examen clinique pour conclure, rapidement et de façon peu convaincante, que la souffrance psychiatrique observée était directement mise en corrélation avec l'arrêt de l'activité professionnelle, de sorte que la reprise d'une vie active était indiquée. En outre, la Dresse J\_\_\_\_\_, psychiatre-traitante, a rendu deux avis médicaux les 25 août 2014 et 11 avril 2016 mentionnant, contrairement à l'avis de la Dresse L\_\_\_\_\_, un diagnostic de syndrome dépressif réactionnel, d'intensité sévère, corrélatif aux douleurs et à la perte de l'emploi, d'un probable syndrome de stress post- traumatique et d'une possible modification durable de la personnalité en expliquant que la chute accidentelle avait réactivé une symptomatologie anciennement traumatisante.

#### **E. 18**

L'expertise judiciaire du Dr P\_\_\_\_\_, complétée le 28 décembre 2017, remplit tous les réquisits jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. En effet, elle est fondée sur deux entretiens avec la recourante, un dosage sanguin de l'antidépresseur et un entretien avec la Dresse J\_\_\_\_\_ ; elle comprend les plaintes de la recourante de façon très détaillée, une anamnèse complète, le diagnostic retenu de trouble anxieux et dépressif mixte et ceux, écartés, sont motivés de façon convaincante ; par ailleurs, la capacité de travail est clairement évaluée. Selon les conclusions de cette expertise, la recourante a présenté une incapacité de travail totale du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015 et présente une capacité de travail complète dans une activité adaptée à son état physique dès le 1er octobre 2015. S'agissant enfin de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante, il convient de constater que celle-ci, selon les informations transmises par son médecin-traitant, en 2012, ainsi que son employeur, en 2013, a présenté une incapacité de travail totale à la suite de l'accident du 9 mars 2012, seulement du 29 mars au 5 avril 2012. Ce n'est que depuis le 16 novembre 2012, que l'incapacité de travail a été totale, hormis une courte tentative de reprise du travail en 2013. La recourante n'a pas non plus été concrètement en arrêt de travail avant le

A/1200/2016 - 20/26 - 16 novembre 2012 pour un motif d'ordre psychique. En conséquence, il convient de retenir à la suite de l'expertise que l'incapacité de travail, d'un point de vue psychiatrique, attestée par la Dresse J\_\_\_\_\_ le 25 août 2014 depuis 2012, a débuté non pas le 9 mars 2012, mais le 16 novembre 2012, et a perduré jusqu'au 30 septembre 2015, et que l'incapacité de travail d'un point de vue somatique a été totale du 16 novembre 2012 au 20 janvier 2014 dans l'ancienne activité et de 50% dès le 21 janvier 2014.

#### **E. 19**

a. Les critiques du SMR à l'égard de l'expertise judiciaire et de son complément, ne sont pas à même de remettre en cause leur valeur probante. b. Le SMR estime que l'incapacité de travail totale n'est documentée qu'à partir d'avril 2014, soit dès le début du suivi de la recourante par la Dre J\_\_\_\_\_ et, qu'antérieurement, on ne dispose que d'éléments déclaratifs de la recourante faits à l'expert et à la psychiatre-traitante. A cet égard, l'expert a précisé que les Dres J\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ avaient attesté du rôle important de l'état psychique dès mars 2012 ; on constate d'ailleurs que la Dre R\_\_\_\_\_, qui a suivi la recourante depuis le 28 mars 2012, soit bien antérieurement à la date du suivi de la Dre J\_\_\_\_\_ le 14 avril 2014, a attesté des incapacité de travail de la recourante dès 2012, en relevant, dans un rapport du 13 septembre 2013, un syndrome dépressif réactionnel suite

aux douleurs et à l'incapacité de travail. L'état psychique de la recourante a ainsi bien été constaté par un médecin antérieurement au 14 avril 2014 ; en outre, l'expert relève que d'autres observations au dossier vont dans le même sens, soit l'agent de la Bâloise, lequel constate le 31 octobre 2013 que le moral de la recourante est fortement atteint et le Dr H\_\_\_\_\_ qui constate des pleurs fréquentes de la recourante le 30 janvier 2014 ; enfin, l'expert relève que la recourante a nécessité un traitement médicamenteux qui a probablement atténué les symptômes. La conclusion de l'expert quant à la présence d'une incapacité de travail totale de la recourante du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015 est ainsi suffisamment motivée et documentée. c. Le Dr N\_\_\_\_\_ a relevé que l'expert ne retient aucune atteinte psychiatrique justifiant une incapacité de travail totale. À cet égard, l'expert a cependant indiqué que les constatations faites par la Dresse L\_\_\_\_\_ en septembre 2015 pouvaient être confirmées, et que celle-ci décrivait un état très comparable à celui qu'il avait lui-même observé ; il y avait eu une amélioration depuis 2014 dès lors que des troubles psychiques plus sévères étaient documentés en août 2014 par la Dresse J\_\_\_\_\_, avis dont il n'avait pas de raison de s'écarter (expertise P\_\_\_\_\_ p. 20) ; il était possible que le traitement médicamenteux, dont l'observance était bonne, ait contribué à l'amélioration constatée depuis 2014 (expertise P\_\_\_\_\_ p. 17). L'expert a aussi confirmé le rapport médical du 25 août 2014 de la Dresse J\_\_\_\_\_, laquelle attestait d'un épisode dépressif sévère depuis 2012, entraînant une incapacité de travail totale. Force est ainsi de constater que l'expert se fonde sur un diagnostic psychiatrique pour justifier l'incapacité de travail totale limitée dans le temps.

A/1200/2016 - 21/26 - d. Le Dr N\_\_\_\_\_ reproche ensuite à l'expert de ne pas expliquer pourquoi il s'écarte de l'appréciation des médecins-traitants et de celui de la Dresse L\_\_\_\_\_ s'agissant du caractère réactionnel du trouble dépressif. L'expert a cependant expliqué qu'il retenait un trouble anxieux et dépressif mixte, soit un diagnostic très proche de celui de la Dresse L\_\_\_\_\_ avec des signes et symptômes identiques ; la seule différence était que le trouble de l'adaptation retenu par la Dresse L\_\_\_\_\_ mettait en avant le caractère réactionnel, à un facteur de stress, du trouble, critère qu'impliquait une relation avec un évènement stressant qui était limité à quelques mois selon la CIM-10 ; or, ce critère n'existait plus à l'heure actuelle pour des facteurs de stress qui remontaient à cinq ans (entorse), trois ans (licenciement) et deux ans (divorce). Les troubles actuels étaient modérés et s'étaient possiblement améliorés depuis 2014 avec le traitement médicamenteux. L'expert a ainsi motivé de façon convaincante que l'affection psychiatrique, incapacitante depuis novembre 2012, qui s'était améliorée, ne pouvait pas être qualifiée de réactionnelle à un facteur de stress. La qualification du trouble de l'adaptation, de réactionnel, effectuée par la Dresse L\_\_\_\_\_ en octobre 2015 en mentionnant comme cause dudit trouble l'arrêt de travail de 2012, le viol de 1991 et les difficultés avec le conjoint présentes depuis 2010 (expertise L\_\_\_\_\_ p. 8) n'emportent ainsi pas la conviction ; en particulier parce que les facteurs de stress cités sont supérieurs, dans une mesure très importante, au délai de quelques mois auquel se réfère l'expert. De plus, l'expert a expliqué que l'affection, incapacitante depuis 2012, s'était lentement améliorée, possiblement par la prise du traitement médicamenteux, la recourante étant compliant, de sorte que l'affection qu'il a lui-même constatée en 2017 et dont il a exclu tout caractère réactionnel, est identique à celle présente dès 2012, sous une forme plus sévère. Partant, l'explication de l'expert est claire et convaincante. e. Enfin, le SMR estime que les empêchements dans le ménage ne peuvent être pris en compte car, d'une part, l'atteinte n'est pas incapacitante et, d'autre part, l'expert ne pouvait pas tenir compte de facteurs extra-médicaux. A cet égard, il y a lieu de constater

que l'incapacité de travail de la recourante du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015 est avérée, selon les conclusions de l'expert, de sorte que l'on se trouve bien en présence d'une atteinte incapacitante et non pas d'un simple trouble réactionnel. En outre, l'expert n'a justement pas pris en compte, dans son évaluation des empêchements ménagers, de facteurs extra-médicaux, en particulier l'exigibilité des membres de la famille, puisqu'il a retenu une incapacité ménagère de 40 % en précisant que les deux enfants aînés de la recourante pouvaient contribuer aux tâches ménagères, sans chiffrer cette aide. Enfin, le taux de 40 % tenait compte, à juste titre, du fait que les tâches ménagères pouvaient être fracturées et espacées.

## **E. 20**

La recourante conteste les diagnostics retenus par l'expert ainsi que ses conclusions. Elle estime, en particulier, que le diagnostic d'ESPT aurait dû être

A/1200/2016 - 22/26 - posé et que le fait que l'expert était un homme, inconnu, ne lui avait pas permis de s'exprimer librement. A cet égard, l'expert a longuement exprimé les raisons qui ne lui permettaient pas de retenir un diagnostic d'ESPT, malgré le fait que l'assurée avait mentionné tous les éléments de celui-ci ; en particulier soit celui-ci s'amendait dans les mois ou années après le traumatisme, soit il devenait chronique et était dès lors présent sans interruption, ce qui n'était pas le cas chez l'assurée, qui avait été vue par les Dresses J\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, lesquelles n'avaient pas documenté des symptômes ou signe d'ESPT ; actuellement, elle ne présentait pas non plus de signes cliniques d'un ESPT ; par ailleurs, l'assurée avait pu se marier et avoir quatre enfants de sorte que l'ESPT qui avait pu suivre les violences de 1991 avait dû s'amender et n'avait, en particulier, pas pu être réactivé par un élément aussi banal que l'accident du 9 mars 2012. Enfin, la recourante aurait pu d'emblée demander que l'expert judiciaire soit une femme, ce qu'elle n'a pas fait. En toute hypothèse, compte tenu de la motivation, claire et complète de l'expert relativement à l'exclusion du diagnostic d'ESPT, il n'y a pas de motif qui laisserait penser qu'une nouvelle expertise menée par une femme permettrait de recueillir des éléments déterminants que l'expert S\_\_\_\_\_ n'aurait pas pu obtenir. Partant, les critiques de la recourante à l'égard de l'expertise ne sont pas à même de mettre en doute la valeur probante de celle-ci.

## **E. 21**

a. Il convient de calculer le degré d'invalidité de la recourante. b. S'agissant de la sphère lucrative, compte tenu de la survenance de l'incapacité de travail totale depuis le 16 novembre 2012, le délai de carence est venu à échéance le 16 novembre 2013 ; à cette date, le degré d'invalidité était de 100%, vu l'incapacité de travail totale de la recourante du point de vue psychiatrique, dans toute activité. Au 1er octobre 2015, la recourante a recouvré une capacité de travail totale du point de vue psychiatrique et de 50% dans son ancienne activité du point de vue somatique, de sorte que dès cette date le degré d'invalidité est nul. La recourante présente ainsi un degré d'invalidité dans la sphère lucrative de 40 % du 1er novembre 2013 au 1er octobre 2015. c. S'agissant du degré d'invalidité dans la sphère ménagère, il convient de constater qu'il n'a pas été évalué par l'intimé et qu'aucune enquête ménagère n'a été diligentée. Depuis le 1er octobre 2015, la recourante est capable d'exercer une activité de femme de ménage à 50% (expertise H\_\_\_\_\_) et elle n'a plus, selon l'expert P\_\_\_\_\_, de limitations psychiatriques incapacitantes. Elle ne présente donc plus d'empêchement ménager dès le 1er octobre 2015. Durant la période du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015, la recourante présentait des limitations psychiques entraînant un taux

d'empêchement ménager

A/1200/2016 - 23/26 - de 40 % selon l'expert ainsi que, jusqu'à janvier 2014, des limitations physiques l'empêchant d'exercer son ancienne activité de femme de ménage, mais pas une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Compte tenu des atteintes somatiques de la recourante, soit une gonalgie gauche avec lombalgie sur discopathie entraînant des limitations fonctionnelles à la montée et descente des escaliers et pente rapide et à la marche en terrain irrégulier (avis du SMR du 22 octobre 2015), il n'y a pas lieu de conclure à un empêchement à exercer les tâches ménagères du point de vue somatique depuis le 16 novembre 2012, celles-ci pouvant en particulier être fractionnée, espacées et effectuées sans nécessité d'un rendement important. A cet égard, en droit des assurances sociales, les assurés sont soumis, en vertu d'un principe général, à l'obligation de diminuer le dommage (ATF 123 V 230 consid. 3c ; ATF 115 V 38 ; ATF 114 V 281 consid. 3 ; ATF 111 V 235 consid. 2a ; cf. aussi MAURER, Schweizerisches Sozialversicherungsrecht, t. II p. 377 ; MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, thèse Berne 1985, p. 131). Pour satisfaire à cette obligation, 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 que les art. 159 al. 2 et 3 et 272 CC lui permettent d'attendre des membres de sa famille (respectivement de son conjoint et de ses enfants). En revanche, selon l'expert, la recourante a présenté, pour des motifs psychiques, une incapacité ménagère de 40 % du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015 dont il y a lieu de tenir compte. Ce taux d'empêchement - même diminué de l'exigibilité des membre de la famille, en particulier de celle des deux enfants aînés, âgés de 16 et 18 ans en 2012 et très investis dans les tâches ménagères et de soins à leurs sœurs cadettes (procès-verbal d'audience du 5 septembre 2015) -, pourrait avoir des conséquences, s'il atteint au moins 17 %, sur le droit à la rente de la recourante. En effet, l'invalidité globale de la recourante est composée d'un degré d'invalidité de 40 % dans la sphère lucrative dès le 16 novembre 2013, soit après une année d'incapacité de travail totale et cela jusqu'au 30 septembre 2015, lequel donne déjà droit à la recourante à au moins un quart de rente d'invalidité ; entre le 16 novembre 2012 et le 30 septembre 2015, l'empêchement ménager, s'il atteint au moins 17 % entraînerait un degré d'invalidité global de 50 %, soit 100 % dans l'activité lucrative exercée à 40 % (=40%) et 16,66 % (arrondi à 17%) dans l'activité ménagère exercée à 60 % (=10%).

A/1200/2016 - 24/26 - En conséquence, il convient de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il apprécie l'exigibilité des membres de la famille de la recourante pour la période pertinente, soit de novembre 2012 septembre 2015, et arrête finalement le degré d'empêchement final, compte tenu d'un empêchement sans exigibilité fixé par le Dr P \_\_\_\_\_ à 40 %. A cet égard, il convient de rappeler que les indications des médecins spécialistes en ce qui concerne la diminution de l'aptitude au travail due à des aspects cognitifs ou à des facteurs psychiques ont plus de poids que l'estimation de la personne chargée de l'enquête (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_201/2011 du 5 septembre 2011 et 8\_C 620/2011 du 8 février 2012 ; C II AI n°

3086). Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide exigible des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de ceux-ci lorsque la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I.407/92 du 8 novembre 1993 et I.681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu 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 (ATF 133 V 504 consid. 4.2). La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_716/2012 du 11 avril 2013, consid. 4.4). L'aide susceptible d'être exigée des membres de la famille ne saurait cependant dépasser une mesure raisonnable, à déterminer en considération de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, dont l'âge, le lieu de domicile, l'état de santé, l'engagement professionnel des membres de la famille pouvant apporter une aide, leurs contraintes liées à d'autres types d'engagements, le nombre des membres de la famille et la solidarité que ces derniers se doivent aussi entre eux pour aider leur proche atteint dans sa santé (consid. 12.c). Le dévouement pouvant être attendu des membres de la famille à l'égard de leur conjoint ou parent atteint dans sa santé ne doit évidemment pas confiner à l'asservissement, ni impliquer la négation (mais certes possiblement une raisonnable limitation) de leurs aspirations légitimes à l'indépendance et à l'épanouissement personnel (ATAS/1033/2014 du 30 septembre 2014).

## **E. 22**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision, laquelle devra prendre en compte une capacité de travail nulle de la recourante du 16 novembre 2012 au 30 septembre 2015 et totale au-delà. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-.

A/1200/2016 - 25/26 -

Les frais d'expertise seront laissés à la charge de l'état.

A/1200/2016 - 26/26 - 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.