

GE_GERICHTE ATAS/221/2015 vom 24. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_221_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/221/2015 du 24 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/221/2015 del 24 marzo 2015

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS 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). Elle est donc compétente pour statuer sur le présent recours, qui porte sur une décision rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Le présent recours a été formé en temps utile (art. 38 al. 3 et 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir contre la décision attaquée (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

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 ; concernant la procédure, 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]). Dans la mesure où la précédente décision de l'office intimé, du 7 août 2012, a été annulée par l'arrêt de la chambre de céans du 18 février 2013 (ATAS/173/2013, entré en force du fait du rejet par le Tribunal fédéral, le 23 octobre 2013, du recours que l'office intimé avait interjeté à son encontre), les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits entre le 4 août 2008 (date à laquelle l'office intimé avait décidé que la recourante continuait à avoir droit à une demi-rente d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % avec le statut unique de ménagère) et le 26 août 2014 (date de la décision attaquée, niant à la recourante tout droit à une rente d'invalidité et lui supprimant sa demi-rente d'invalidité, de même que tout droit à des mesures professionnelles, en retenant un degré d'invalidité total de 2 % compte tenu d'un statut mixte 50 % - 50 % et d'une capacité de travail de 50 % dans la sphère professionnelle). La LAI est donc applicable dans sa teneur actuellement en vigueur (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Pour mémoire, la dernière révision de la LAI (à savoir la révision dite 6a,

A/2941/2014 - 11/21 - du 18 mars 2011), entrée en vigueur le 1er janvier 2012, de même d'ailleurs que les précédentes – en particulier les révisions des 21 mars 2003 (4ème révision) et 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008) – n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier 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). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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

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). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état une notion économique, et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/2941/2014 - 12/21 - b. L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, 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). Pour les assurés travaillant dans le ménage, 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 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.

E. 4

a. Une décision par laquelle l'assurance-invalidité prévoit l'augmentation, la réduction ou – comme en l'espèce – la suppression d'une rente d'invalidité correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Selon cette disposition légale, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2). b. Comme la chambre de céans l'avait retenu dans son arrêt du 18 février 2013 (consid. 4), la modification des circonstances justifiant la révision de la situation de la recourante du point de vue de sa prise en charge par l'AI tenait au fait que les enfants de la recourante, étant devenus adolescents, d'une part ne nécessitaient plus les mêmes soins de la part de leur mère et d'autre part pouvaient participer aux tâches ménagères bien davantage que lorsqu'ils étaient enfants (en particulier lorsque l'office intimé avait effectué une première enquête économique sur le ménage, en avril 2000, puis avait, à deux reprises, confirmé le droit de la recourante à une demi-rente sur la base d'un degré d'invalidité de 40 % sur la base d'un statut unique de ménagère, le 2 mars 2005 et le 4 août 2008). À ces modifications des circonstances étaient susceptibles de s'être ajoutées des évolutions de l'état de santé de la recourante, que la chambre a réservées en

A/2941/2014 - 13/21 - précisant que des investigations complémentaires devaient être effectuées sur le plan médical et économique. C'était en tout état nécessaire du fait que la recourante se voyait reconnaître désormais un statut mixte, alors que l'office intimé lui avait reconnu le statut de ménagère à plein temps, et que ce changement de statut impliquait un changement de méthode d'établissement de l'invalidité, intégrant, notamment pour la part professionnelle, une approche médicale de sa situation (moins sinon peu présente pour apprécier les empêchements dans la sphère ménagère). Le dossier ne comportait pas les données, notamment médicales, permettant à la chambre de céans de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante dans la sphère professionnelle, comme le Tribunal fédéral l'a d'ailleurs relevé en disant qu'en « l'état du dossier, on ignore quelle était la situation de l'assurée sur le plan médical lors de la décision administrative litigieuse du 7 août 2012 » (consid. 4.2). Au demeurant, il importait que l'autorité administrative rende en premier lieu une décision sur cette question non encore actualisée, avant que, le cas échéant, les juridictions compétentes puissent statuer à son propos sur recours.

E. 5

a. C'est la situation de l'assuré au moment du prononcé de la décision administrative qui est décisive, s'agissant non seulement de son statut mais aussi des paramètres déterminant son degré d'invalidité le cas échéant propre à la ou aux sphères composant le statut, à savoir notamment, pour la sphère ménagère, les taux d'empêchement et les exigences des membres de la famille, et, pour la sphère professionnelle, les diagnostics médicaux et leur effet sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles dans l'activité professionnelle exercée et au besoin dans une activité adaptée. En cas de renvoi de la cause à l'autorité administrative pour instruction complémentaire et nouvelle décision, c'est le moment où la nouvelle décision est prise par l'autorité administrative qui est déterminant à ces différents égards, sous réserve que la juridiction ayant renvoyé la cause à l'autorité administrative n'ait pas émis à l'intention de cette dernière des injonctions limitant son devoir et pouvoir d'investigation et de décision. Autrement dit, sous cette réserve, il doit y avoir actualisation de la situation de l'assuré. b. Aussi est-ce à tort, sur le plan du principe, que l'office intimé objecte à la recourante que la question de son statut mixte a été tranchée définitivement par le Tribunal fédéral, dans le sens qu'elle devrait être considérée comme ayant été figée et soustraite à toute évolution possible. Assurément, l'appréciation que la chambre de céans a faite du statut de la recourante, avalisée par le Tribunal fédéral dans la mesure où il a rejeté le recours dont l'office intimé l'avait saisi à ce propos, ne saurait être remise en cause en tant qu'elle est rapportée à la date de la décision déterminante devant les instances judiciaires (soit celle de la décision alors attaquée, du 7 août 2012). Il n'est en revanche pas exclu que la situation de la recourante ait évolué depuis lors, sur ce point comme sur d'autres. Si tel était le cas, l'autorité administrative ne pourrait l'ignorer, et elle ne se mettrait pas en contradiction avec les décisions judiciaires rendues en en tenant compte, dans la

A/2941/2014 - 14/21 - mesure où l'évolution considérée revêtirait une importance suffisante pour constituer un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA.

E. 6

Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable d'un assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir 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 recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références ; ATAS/32/2015 du 20 janvier 2015 consid. 5a ; ATAS/1002/2014 du 16 septembre 2014 consid. 5b). Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, 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). 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 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). Il n'existe 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

En l'espèce, il appert que lorsqu'il a rendu sa nouvelle décision, le 26 août 2014, l'office intimé n'avait pas de raison de s'écarter de l'appréciation que la recourante devait se voir reconnaître un statut mixte constitué d'une part ménagère de 50 % et d'une part professionnelle de 50 %, ni même de mener à ce propos des investigations complémentaires. Sans doute les enfants de la recourante avaient-ils deux ans de plus. La recourante n'avait toutefois jamais évoqué une reprise d'activité professionnelle à plein temps, ni lors de la première enquête économique sur le ménage du 26 avril 2000 (lors de laquelle elle avait indiqué que la question d'une reprise d'activité à mi-temps se reposerait une fois que ses enfants auraient grandi), ni lors de la seconde enquête économique sur le ménage du 30 avril 2012 (lors de laquelle elle a parlé d'une activité professionnelle à 50 %), ni dans le cadre de la procédure (tant devant la chambre de céans que devant le Tribunal fédéral) relative à la décision du 7 août 2012, ni alors que l'office intimé, à son su, devait mener une instruction

A/2941/2014 - 15/21 - complémentaire en vue de rendre une nouvelle décision, ni même dans le cadre de sa contestation du 24 juin 2014 du projet de décision dudit office du 12 juin 2014. Or, si à défaut d'atteinte à la santé, la recourante avait véritablement eu l'intention de reprendre une activité professionnelle à un taux d'activité supérieur à 50 %, il aurait été logique qu'elle fasse part spontanément audit office d'un nouveau changement notable de sa situation à cet égard, et qu'elle en démontre au surplus le caractère hautement vraisemblable. Elle ne pouvait ignorer qu'il lui appartenait de le faire le cas échéant, d'une part parce qu'elle venait d'avoir gain de cause sur la question de son passage d'un statut de ménagère à plein temps à un statut mixte, et d'autre part parce qu'elle était assistée par un avocat. Ce n'est que dans son recours qu'elle a allégué qu'en 2014, vu l'âge de ses enfants (encore plus indépendants que précédemment mais lui coûtant davantage) et le revenu de son compagnon (qui n'apparaît pas avoir diminué), elle travaillerait à plein temps si elle n'était pas atteinte dans sa santé. Il est manifeste qu'il s'agit là d'une allégation opportuniste, faite dans une stratégie de défense adoptée au constat qu'avec une capacité de travail de 50 %, d'une part son taux d'empêchement relatif à ses tâches ménagères baissait de 5 % à 2.5 % (devant être rapporté à un mi-temps et non plus à un plein temps) et d'autre part et surtout que son degré d'invalidité afférent à sa sphère professionnelle était nul (sa capacité de travail lui permettant d'exercer pleinement son mi-temps de travail) et donc que globalement elle avait un degré d'invalidité impliquant la suppression de son droit à une rente d'invalidité (et – question non litigieuse – le refus de mesures professionnelles). Cette allégation n'est fondée que sur des considérations générales, qui ne sont nullement étayées, ni chiffrées, ni rendues un tant soit peu vraisemblables. Le recours doit être rejeté sur cette question de statut de la recourante.

E. 8

Comme la chambre de céans l'a jugé le 18 février 2013, le rapport d'enquête économique sur le ménage de la recourante avait une force probante suffisante, et il l'avait conservée en août 2014 lorsque l'office intimé a rendu la décision présentement attaquée. Non seulement

il n'y avait alors pas matière à modifier le statut de la recourante (autrement dit la proportion respective de sa part ménagère et de sa part professionnelle), mais encore il était justifié de retenir les mêmes pondérations des différents secteurs d'activité ménagère, les mêmes taux d'empêchements bruts, les mêmes exigences et les mêmes taux d'empêchements nets qu'en août 2012. La recourante n'a apporté au dossier aucun élément amenant à d'autres conclusions sur l'un ou l'autre de ces points. Rapportée à une sphère ménagère de 50 %, le taux global d'empêchement net de la recourante – jusque-là de 5 % rapporté à un plein temps – était de 2.5 %. Il sied de noter que ce taux devait être arrondi à 3 %, et non à 2 %. Le résultat exact du calcul doit en effet l'être au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les

A/2941/2014 - 16/21 - règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

E. 9

a. Dès lors qu'il était admis qu'à défaut d'atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité professionnelle (en l'occurrence à mi-temps), il appartenait à l'office intimé d'établir si et le cas échéant dans quelle mesure la recourante subissait une invalidité dans sa sphère professionnelle, en disposant d'avis médicaux et en évaluant l'impact des éventuelles restrictions de sa capacité de travail et de ses éventuelles limitations fonctionnelles dans son activité précédemment exercée de réceptionniste et secrétaire ou dans une activité adaptée. b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et

un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration

A/2941/2014 - 17/21 - ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 10

a. En l'espèce, l'office intimé a certes entrepris de compléter l'instruction du dossier sur le plan médical, en sollicitant un rapport de l'ophtalmologue de la recourante. Et sans doute l'avis d'un médecin traitant peut-il, suivant les circonstances, être jugé suffisant par l'office intimé, qui est une autorité administrative disposant en outre de l'avis d'un service médical interne. En l'occurrence, le dossier comportait au surplus des rapports médicaux antérieurs, susceptibles d'étayer un avis médical actualisé. On ne peut toutefois qu'être frappé, à la lecture du dossier, par la récurrence de l'évocation d'une part de problèmes médicaux invalidants et à l'origine mal définie rencontrés par la recourante, et d'autre part de l'opportunité sinon la nécessité de les investiguer de façon plus approfondie, possiblement dans d'autres spécialités médicales que l'ophtalmologie, sans que jamais cela ne soit fait. b. En effet, dès les opérations de juin 1999, la recourante a déclaré de façon persistante qu'elle souffrait fréquemment de céphalées, d'un état nauséux et de vertiges. Aucun médecin n'a émis de doutes sur la réalité de ses plaintes, ni toutefois non plus n'a posé de diagnostic clair, proposé un traitement précis ou émis un pronostic fiable à propos de ces troubles. En revanche, des investigations complémentaires à leur sujet, voire une expertise médicale ont été qualifiés plusieurs fois de nécessaires par des médecins. Dans leur rapport du 7 juin 2004, les experts de l'hôpital ophtalmique Jules Gonin ont retenu que pour apprécier parfaitement le cas de la recourante, la prise en compte, voire la répétition d'exams (ORL, consultation de la douleur, imagerie cérébrale) ainsi qu'un bilan neurologique seraient appropriés et une expertise médicale même nécessaire, en relevant que les douleurs chroniques, les céphalées, les sensations vertigineuses et l'état nauséux de la recourante, qu'ils n'expliquaient pas d'un point de vue strictement ophtalmologique, semblaient avoir d'importantes répercussions sur sa capacité de travail. Dans son rapport médical du 25 juin 2008, le prof. E_____ du service d'ophtalmologie des HUG a souligné, concernant la capacité de travail de la recourante, que cette dernière se disait très handicapée par le phénomène douloureux et photophobique douloureux, et il a indiqué que pour mieux comprendre pourquoi elle avait présenté une cataracte unilatérale, il faudrait lui proposer une évaluation par Doppler (p. ex. à l'unité d'ultrasonographie vasculaire des HUG), revoir les clichés de scanner ou même refaire une imagerie cérébrale afin de s'assurer que le trajet du Vème n'était pas irrité par une boucle vasculaire ou n'était pas en contact d'une tumeur pouvant entraîner une neuropathie trigéminée. Le 1er décembre 2011, le même professeur A/2941/2014 - 18/21 - excluait des troubles psychiques, mais déclarait nécessaire qu'une expertise spot faite pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé de la recourante sur sa capacité de travail. Et le 28 février 2014, tout en évaluant sa capacité de travail à 50 %, l'ophtalmologue traitant de la recourante a suggéré, en des termes certes un peu ambigus, de faire « le cas échéant » une expertise médicale. Le rapport d'enquête

économique sur le ménage du 30 avril 2012 comporte en outre la mention que la recourante rencontre d'autres problèmes de santé, pour lesquels elle avait consulté deux endocrinologues, un rhumatologue et une gynécologue, sans qu'on ne sache cependant si ces consultations et examens ont abouti à la pose de diagnostics avec effet sur la capacité de travail de la recourante, à l'estimation d'une incapacité de travail et/ ou de limitations fonctionnelles, le cas échéant dans quelles activités, alors que les avis précités des ophtalmologues font état d'effets invalidants et d'une réduction (même importante) de capacité de travail. Et le 28 février 2014, l'ophtalmologue traitant de la recourante suggérait de faire « le cas échéant » une expertise médicale pour déterminer le droit à la rente de la recourante. Force est de retenir qu'il ne se dégage pas du dossier l'impression que l'office intimé s'est prononcé sur la base de données médicales complètes, fouillées, prenant en compte les plaintes de la recourante, ni qu'il a évalué dûment les avis médicaux figurant au dossier. c. Cela s'explique pour partie par le fait que, jusqu'à la troisième révision de la situation de la recourante, l'office intimé a retenu que cette dernière avait un statut unique de ménagère. Or si, dans un tel cas, le dossier doit certes aussi comporter des données médicales sur l'assuré, c'est cependant essentiellement sur la base du rapport d'enquête économique sur le ménage que l'invalidité est déterminée. En l'espèce, dès l'instant qu'un statut mixte était reconnu à la recourante, les interrogations ayant pu antérieurement rester ouvertes quant à ses atteintes à la santé et à leurs effets sur sa capacité de travail et de gain ne pouvaient plus le rester pour déterminer si et dans quelle mesure elle présentait un taux d'invalidité dans sa sphère professionnelle (venant s'ajouter à son 2.5 % d'invalidité dans sa sphère ménagère de 50 %). Peu importe que la recourante ne se soit pas montrée précise sur ses divers problèmes de santé, voire qu'elle n'était apparemment pas ou plus suivie par d'autres médecins que son ophtalmologue traitant, lorsque l'office intimé a initié une instruction complémentaire de sa situation médicale. Il y avait dans le dossier des indices suffisamment allégués de problèmes de santé pour ne pas achever l'instruction médicale du dossier si hâtivement. L'office intimé paraît avoir retenu d'autant plus facilement l'avis de l'ophtalmologue traitant de la recourante quant à une capacité de travail de 50 % mais écarté sa suggestion certes gauchement formulée d'effectuer une expertise médicale que le résultat de cette appréciation était une absence de toute invalidité dans la sphère professionnelle du fait de

A/2941/2014 - 19/21 - l'équivalence des taux respectivement d'activité à défaut d'atteinte à la santé et de capacité de travail. L'autorité administrative avait le devoir d'établir les faits pertinents d'office (art. 43 al. 1 LPGa). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). d. En conclusion, le dossier n'a pas été suffisamment instruit par l'autorité administrative sur le plan médical. Son instruction ne saurait être complétée sur ce plan devant la chambre de céans, dans la mesure où c'est à tout le moins possiblement dans des domaines de la médecine dans lesquels l'office intimé n'a en l'espèce nullement fait porter ses investigations (ainsi que l'ont relevé les ophtalmologues précités) qu'elle doivent l'être

(ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). Le recours doit être admis sur ce point, la décision attaquée être annulée, et la cause renvoyée à l'office intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

E. 11

a. En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice. Le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). Vu l'admission partielle du recours, un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'office intimé. b. Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal ; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). L'autorité

A/2941/2014 - 20/21 - cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c). En l'espèce, vu l'admission partielle du recours, une indemnité de CHF 600.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens, à la charge de l'office intimé.

A/2941/2014 - 21/21 - 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.