

# **GE\_GERICHTE ATAS/293/2020 vom 21. April 2020**

GE Cour de justice, 2020-04-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_293\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_293_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/293/2020 du 21 avril 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/293/2020 del 21 aprile 2020

## **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), 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 LAI. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

### **E. 3**

Le présent litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité. Comme reconnu par l'ATAS/316/2019 précité, le statut de ménagère retenu pour la recourante n'est pas litigieux et requiert l'application de la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité.

### **E. 4**

a. Le droit d'être entendu, garanti par les art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), comprend, en particulier, le droit pour la personne concernée de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos. En tant que droit de participation, le droit d'être entendu englobe donc tous les droits qui doivent être attribués à une partie pour qu'elle puisse faire valoir efficacement son point de vue dans une procédure (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 132 II 485 consid. 3.2 ; 129 II 497 consid. 2.2 ; 126 I 15 consid. 2/aa). b. Selon l'art. 69 al. 1 let. a LAI, en dérogation à l'art. 52 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. En vertu de l'art. 57a al. 1 LAI, au moyen d'un préavis, l'office AI communique à l'assuré toute décision finale qu'il entend prendre au sujet d'une demande de prestations ou au sujet de la suppression ou de la réduction d'une prestation déjà allouée. L'assuré a le droit d'être entendu, conformément à l'art. 42 LPGA. Aux termes de l'art. 73ter du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), les parties peuvent faire part à

A/4230/2019 - 22/35 - l'office AI de leurs observations sur le préavis dans un délai de trente jours (al. 1). L'assuré peut communiquer ses observations à l'office AI par écrit ou oralement, lors d'un entretien personnel (al. 2 1ère phr.). À teneur de l'art. 74 RAI, une fois

l'instruction de la demande achevée, l'office AI se prononce sur la demande de prestations (al. 1). La motivation tient compte des observations qui ont été faites par les parties sur le préavis, pour autant qu'elles portent sur des points déterminants (al. 2). c. Selon la jurisprudence et la doctrine, le délai de l'art. 73ter LAI est un délai d'ordre qui peut être prolongé pour de justes motifs (ATF 143 V 71 consid. 4.3). Prolongé ou non, il doit être respecté par l'office AI. Ce dernier commet ainsi une violation du droit de l'assuré à être entendu, lorsqu'il statue avant l'échéance du délai imparti à celui-ci pour qu'il se détermine sur le projet de décision, en écartant ainsi des moyens déposés en temps utile, ou en n'entrant pas en matière sans tenir compte d'une demande de prolongation du délai présentée par l'assuré dans le délai de trente jours, par exemple afin qu'il puisse se faire conseiller par le représentant qu'il a désigné entre-temps (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 5 ; I 459/02 du 29 octobre 2002 consid. 4 ; Michel VALTERIO, Commentaire de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, 2018, n. 8 ad art. 57a LAI). La circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité (ch. 3013), dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2018, stipule que le délai de trente jours prévu par l'art. 73ter RAI peut être prolongé dans des cas dûment motivés. Si à l'expiration du délai de trente jours, mais avant que la décision ne soit rendue, l'assuré apporte de nouveaux éléments pouvant influencer la décision, ceux-ci doivent être pris en compte. Dans le cadre de la procédure de préavis, l'office AI ne saurait se limiter à prendre connaissance et à examiner les observations ou les objections de l'assuré. Il doit bien plutôt se prononcer expressément sur les points essentiels justifiant sa décision ou à tout le moins indiquer les raisons pour lesquelles il ne peut prendre en compte certains points de vue (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_606/2014 du 9 décembre 2014 consid. 2.1 ; 8C\_589/2014 du 16 juin 2015). Le droit d'être entendu est ainsi violé lorsque, malgré les objections de l'assuré, la décision est identique à celle du préavis (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 658/04 du 27 janvier 2006 consid. 4 ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 9 ad art. 57a LAI).

## **E. 5**

a. En l'occurrence, le projet de l'OAI de décision de refus d'octroi de rente, du 3 septembre 2019, a été notifié au plus tôt le lendemain, de sorte que la demande de prolongation de délai formulée le 4 octobre 2019 par l'assurée l'a été dans le délai de trente jours suivant la notification. Par ses plis des 8 et 9 octobre 2019 remettant à celle-ci son dossier (en CD-ROM) conformément à sa demande, l'intimé a accordé implicitement une prolongation du délai pour observations, bien que sans fixer son terme. C'est seulement peu de jours après, le 14 octobre 2019, sans que la

A/4230/2019 - 23/35 - recourante ait eu le temps de formuler de quelconques observations, que l'OAI a rendu la décision querellée, laquelle reprend les termes du projet de décision et constitue de facto une non-entrée en matière sur la demande de prolongation de délai. Ce faisant, l'intimé a adopté un comportement contradictoire, incompatible avec les règles de la bonne foi prescrites par l'art. 5 al. 3 Cst. (à ce sujet, notamment ATF 136 I 254 consid. 5.2). Au surplus, contrairement à ce qu'a énoncé l'OAI dans sa lettre du 5 novembre 2019, il n'est pas requis pour donner une suite favorable à une demande de prolongation du délai d'observations que celle-ci soit accompagnée d'éléments nouveaux, mais il suffit qu'elle repose de justes motifs. Or, dans le laps de temps pour lequel l'assurée avait demandé la prolongation dudit délai, celle-ci a obtenu puis transmis à l'intimé les rapports du 12 novembre 2019 de ses médecin et psychiatre traitants, soit de nouveaux éléments pouvant influencer la décision au sens de la circulaire sur la procédure dans l'assurance-invalidité

(ch. 3013). La présentation de ces nouveaux rapports correspondait à un juste motif de prolongation de délai. Dès lors, celle-ci s'avérait justifiée. b. Vu ces circonstances, et comme jugé par le Tribunal fédéral des assurances dans la cause I 459/02 précitée, en ne donnant pas suite à une demande de prolongation de délai justifiée et formulée en temps utile et en adoptant qui plus est un comportement contradictoire, l'intimé a violé le droit d'être entendue de l'assurée. La question de savoir si cette violation du droit d'être entendu a pu être réparée en instance de recours peut demeurer indécise, vu les considérants et le dispositif qui suivent.

## **E. 6**

a. Aux termes des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. À teneur de l'art. 4 al. 2 LPGA, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. b. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b, non applicable ici vu la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'al. 2 de cette disposition légale prescrit que 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.

A/4230/2019 - 24/35 - Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. c. Conformément à l'art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 8 al. 3 LPGA, chez les assurés qui – comme la recourante – n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique et dont il ne peut être exigé qu'ils en exercent une, il y a lieu d'effectuer une comparaison des activités, en cherchant à établir dans quelle mesure l'assuré est empêché d'accomplir ses travaux habituels ; c'est la méthode spécifique d'évaluation de l'invalidité (ATF 137 V 334 consid. 3.1.2). Selon l'art. 8 al. 3 2ème phr. LPGA (afférent aux assurés majeurs qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique), est applicable par analogie l'art. 7 al. 2 de la même loi (en vigueur dès le 1er janvier 2008), qui dispose que seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain et que, de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable. Selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'art. 27 1ère phr. RAI, dans sa version en vigueur avant le 1er janvier 2018, précise que par travaux habituels, il faut notamment entendre l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique. La portée du nouvel art. 27 RAI, en vertu duquel, par travaux habituels, visés à l'art. 7 al. 2 de la loi, des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre l'activité usuelle dans le ménage, ainsi que les soins et l'assistance apportés aux

proches, n'est pas substantiellement différente s'agissant du présent cas. d. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'AI le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'AI, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c ; 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et les arrêts cités).

## **E. 7**

a. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'AI, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p.

A/4230/2019 - 25/35 - 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). b. Depuis le prononcé de deux arrêts du Tribunal fédéral du 30 novembre 2017, le Tribunal fédéral, la jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux - et également applicable notamment à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1) -, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée (ATF 143 V 409 consid. 4.5 ; 143 V 418 consid. 6, 7 et 8). Même si un trouble psychique, pris séparément, n'est pas invalidant en application de la nouvelle jurisprudence, il doit être pris en considération dans l'appréciation globale de la capacité de travail, qui tient compte des effets réciproques des différentes atteintes. Ainsi, une dysthymie, prise séparément, n'est pas invalidante, mais peut l'être lorsqu'elle est accompagnée d'un trouble de la personnalité notable. Par conséquent, indépendamment de leurs diagnostics, les troubles psychiques entrent déjà en considération en tant que comorbidité importante du point de vue juridique si, dans le cas concret, on doit leur attribuer un effet limitatif sur les ressources (ATF 143 V 418 consid. 8.1). c. Les indicateurs standard qui doivent être pris en considération en règle générale conformément à l'ATF 141 V 281 peuvent être classés selon leurs caractéristiques communes : - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (consid. 4.3) A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3)

A/4230/2019 - 26/35 - B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (ATF 143 V 409 consid. 4.5.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_14/2018 du 12 mars 2018 consid. 2.1). d. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 8**

Une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_925/2013 du 1er avril 2014 consid. 2.2). 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

A/4230/2019 - 27/35 - 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 130 V 61 consid. 6 ; 128 V 93 consid. 4). Même si, compte tenu de sa nature, l'enquête économique sur le ménage est en premier lieu un moyen approprié pour évaluer l'étendue d'empêchements dus à des limitations physiques, elle garde valeur probante lorsqu'il s'agit d'estimer les empêchements que l'intéressée rencontre dans ses activités habituelles en raison de troubles d'ordre psychique. Toutefois, en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le

ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile. Une telle priorité de principe est justifiée par le fait qu'il est souvent difficile pour la personne chargée de l'enquête à domicile de reconnaître et d'apprécier l'ampleur de l'atteinte psychique et les empêchements en résultant (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_925/2013 précité consid. 2.2). 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 admis 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. La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 ; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_925/2013 précité consid. 2.3 ; 9C\_716/2012 du 11 avril 2013, consid. 4.4).

## **E. 9**

a. 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit

A/4230/2019 - 28/35 - aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 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 ; 115 V 133 consid. 2 ; 114 V 310 consid. 3c ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). c. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il

prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). d. 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. 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). 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur

A/4230/2019 - 29/35 - la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). e. 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 quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, 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). f. En revanche, 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 b ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 de l'ancienne Constitution fédérale étant toujours valable

(ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

#### **E. 10**

a. En l'espèce, le droit de la recourante à une rente d'invalidité ne pourrait prendre naissance que six mois après le dépôt de sa demande de prestations AI (art. 29 al. 1 LAI), le 5 juin 2015. b. De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 132 V 215 consid. 3.1.1). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 ; 130 V 130 consid. 2.1). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération,

A/4230/2019 - 30/35 - dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2018 du 25 juillet 2018 consid. 4.2). Partant, doit être prise en compte ci-après la capacité ou non de l'assurée d'effectuer les travaux ménagers jusqu'au 14 octobre 2019.

#### **E. 11**

a. À la suite du renvoi de la présente cause par la chambre de céans dans son ATAS/316/2019, l'intimé a visé à compléter l'instruction quant aux répercussions des troubles psychiques de la recourante dans la sphère ménagère, et a, comme suggéré à titre d'exemple par ladite chambre, interpellé la Dresse G\_\_\_\_\_ à ce sujet. Des rapports établis alors non seulement par cette psychiatre traitant, mais aussi par la Dresse J\_\_\_\_\_, médecin traitant, de même que par les autres médecins et les experts psychiatre et psychologue, il ressort en particulier ce qui suit. b. Au plan psychiatrique, ont été confirmés les diagnostics posés depuis 2014 par des spécialistes en psychiatrie, non seulement la Dresse G\_\_\_\_\_ mais aussi différents médecins des HUG ainsi que le Pr H\_\_\_\_\_ et Madame I\_\_\_\_\_, à savoir (diagnostics retenus par ces experts) : trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11) dès 2005 ; trouble de la personnalité émotionnellement labile, borderline (F60.31) – la psychiatre traitant y ajoutant des traits abandonniques – dès le début de l'âge adulte ; troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, utilisation nocive pour la santé (F10.1) dès 2005. Il découle à tout le moins des avis de la psychiatre traitant et des experts susmentionnés que ces atteintes psychiques entraînaient une diminution pour l'assurée de la capacité d'exécuter des tâches habituelles, en particulier ménagères, avec baisse de rendement. Cela étant, les rapports des 23 août et 12 novembre 2019 de la Dresse G\_\_\_\_\_, s'ils considèrent que les degrés d'empêchements retenus par l'enquête ménagère étaient nettement inférieurs à la réalité, ne font pas état d'une aggravation notable des troubles psychiques de sa patiente, ni ne laissent apparaître des éléments – nouveaux ou anciens – permettant de cerner en quoi précisément lesdits troubles auraient des impacts sur l'accomplissement des travaux ménagers. Au demeurant, ils font état de plusieurs facteurs psychosociaux (les problèmes relatifs à l'appartement, financiers, en lien avec les relations avec la curatrice, les attitudes critiques des autres, etc.), dont la portée par rapport aux atteintes à la santé et aux effets sur la capacité de l'assurée n'a pour l'instant pas été clarifiée. La question pour laquelle la cause a été renvoyée à l'OAI par l'ATAS/316/2019 précité, c'est-à-dire la détermination de l'impact des troubles psychiques de l'assurée sur l'accomplissement des travaux ménagers en lien avec l'enquête ménagère réalisée, n'a ainsi pas reçu une réponse précise,

approfondie et suffisante, l'instruction complémentaire menée par l'intimé s'avérant dès lors lacunaire.

A/4230/2019 - 31/35 - c. Au plan somatique, de l'avis de la psychiatre traitant émis le 23 août 2019, les limitations physiques sont désormais, devant les troubles psychiques, au premier plan des causes des empêchements de l'assurée dans l'accomplissement de ses tâches ménagères, sans qu'il soit clairement précisé depuis quand. Dans son rapport du 12 novembre 2019, la médecin traitant a précisé qu'au plan somatique, devant les affections uro-procto-gynécologiques, les polyarthralgies dont souffraient la patiente s'étaient péjorées et étaient devenues les douleurs au premier plan ces derniers mois, concernant lesquelles les rhumatologues des HUG avaient une suspicion de connectivite actuellement inclassable (maladie dysimmunitaire). Or, les atteintes d'ordre rhumatologique (polyarthralgies) dont paraît souffrir l'intéressée ont été relevées par différents médecins depuis le 13 juillet 2013, mais aucune investigation approfondie n'apparaît avoir été effectuée les concernant, ce alors même que la mise en œuvre d'un avis rhumatologique, respectivement d'un bilan rhumatologique a été suggérée le 28 octobre 2014 par les médecins du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG et le 19 janvier 2016 par le SMR. d. Par ailleurs, la Dresse G \_\_\_\_\_ a, dans son rapport du 23 août 2019, mis en exergue que, concernant les constatations du rapport d'enquête ménagère, l'humeur basse de la patiente ravivait et accentuait ses douleurs articulaires et musculaires, spécifiques à la fibromyalgie, baissait son endurance et la rendait incapable pour beaucoup d'heures. Pendant ces moments, elle restait alitée, passive, ayant besoin d'aide et de stimulation pour se réactiver et assumer parfois les moindres activités nécessaires. Il s'agit de la première évocation du diagnostic de fibromyalgie concernant la recourante. Certes, auparavant, depuis le 23 septembre 2014, a été relevé par différents médecins un syndrome douloureux – ou somatique –, avec ou sans lien avec le trouble dépressif récurrent. Ainsi, même avant le prononcé de l'ATAS/316/2019 précité, des douleurs de caractère psychosomatique, telles qu'un trouble somatoforme douloureux ou une fibromyalgie, étaient implicitement envisagées, mais sans concrétisation par une investigation sur cette question. Parallèlement, à l'inverse et en complément de la mise en exergue de l'humeur basse comme cause partielle ou déclencheur partiel de la fibromyalgie, la psychiatre traitant a, dans son rapport du 12 novembre 2019, indiqué que les trois à quatre derniers mois de la recourante avaient été marqués par des souffrances physiques très éprouvantes et des manifestations algiques inflammatoires, avec un impact fort sur ses disponibilités physiques, ses activités quotidiennes, son moral et son image de soi, ses plaintes somatiques et douleurs présentes depuis de nombreux mois l'obligeant à changer souvent de positions, limitant la vitesse des déplacements et « la [forçant] dans les activités même courantes ».

A/4230/2019 - 32/35 - e. En définitive, n'ont pas pu être prise en considération avant et à l'époque du prononcé le 16 avril 2019 de l'ATAS/316/2019, au plan psychiatrique, l'éventuelle fibromyalgie, ni, au plan somatique, les polyarthralgies et la suspicion de connectivite actuellement inclassable (maladie dysimmunitaire). L'existence de telles pathologies de même que leurs conséquences sur la capacité de l'intéressée à exécuter ses tâches quotidiennes, ménagères, ne sont, en l'état actuel du dossier médical, pas suffisamment établies, mais nécessitent un examen, y compris clinique, approfondi par des experts neutres qui soient en mesure de se prononcer notamment sur les interactions entre les troubles psychiques et les affections somatiques. La mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, portant sur tous les problèmes d'ordre somatique et les atteintes

psychiques, de même que sur les interactions entre elles ainsi que les problèmes psychosomatiques (trouble somatoforme ou fibromyalgie), réalisée à tout le moins par des experts spécialistes en rhumatologie, en médecine interne et en psychiatrie, et comprenant un examen tenant compte des indicateurs standard développés par la jurisprudence (ATF 143 V 409 ; 143 V 418 ; 141 V 281), s'impose donc. Outre les points susmentionnés, ladite expertise devra, comme requis par l'ATAS/316/2019 précité, déterminer l'impact des troubles psychiques de l'assurée sur l'accomplissement des travaux ménagers en lien avec l'enquête ménagère réalisée. Elle examinera en même temps, dans le cadre de la fixation des diagnostics, la question de l'éventuelle existence d'un trouble bipolaire, diagnostiqué pour la première fois le 12 novembre 2019, de manière très peu motivée, par la psychiatre traitant. Contrairement à ce qu'a indiqué le SMR dans son avis du 14 janvier 2020, le fait que les douleurs et la fatigue de la recourante étaient englobées dans le diagnostic de trouble dépressif récurrent avec syndrome somatique ne signifie qu'il en a été suffisamment tenu compte par ledit service médical, l'enquêtrice ménagère et l'intimé dans leurs évaluations, et une telle prise en considération n'apparaît pas suffisamment à la lecture du dossier. À cela s'ajoute que les futures investigations médicales permettront de tenir compte le cas échéant des maladies physiques non prises en considération jusqu'à présent (polyarthralgies et suspicion de connectivite actuellement inclassable). Partant, il ne peut pas être exclu que les appréciations effectuées dans l'enquête ménagère doivent être revues (y compris pour la période à laquelle elle a été effectuée) en particulier au regard des douleurs et limitations mises en avant dans les rapports médicaux ultérieurs au prononcé de l'ATAS/316/2019 précité, qu'elles soient d'origine psychique ou même somatique. Il ne pourra non plus être fait abstraction du fait que la recourante reçoit à certains moments (le week-end et durant la moitié des vacances) ses fils à la maison, ce de manière proportionnelle par rapport au temps consacré. En outre, le fait que le rapport d'expertise établi par le Pr H\_\_\_\_\_ et Mme I\_\_\_\_\_ le 16 décembre 2016 ne s'est pas vu reconnaître une pleine valeur probante par l'ATAS/316/2019 ne

A/4230/2019 - 33/35 - signifie pas que toute valeur probante lui est niée, ni qu'il ne peut pas en être tenu compte sur certains points. Enfin, l'influence des facteurs psychosociaux nécessite un examen et une appréciation circonstanciés, étant rappelé que, d'une part, les contraintes sociales qui ont directement des conséquences fonctionnelles négatives doivent être mises de côté et que, d'autre part, des ressources mobilisables peuvent également être tirées du contexte de vie de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_756/2018 consid. 5.2.3 et les arrêts cités). La mise en œuvre d'une nouvelle enquête ménagère ne peut en revanche en l'état pas être considérée comme d'emblée indispensable. Au demeurant, d'un point de vue pratique, une telle enquête pourrait difficilement porter sur la situation antérieure à l'aggravation alléguée en 2019 par l'assurée. À cet égard, cette dernière conteste les appréciations contenues dans le rapport d'enquête ménagère établi le 8 janvier 2018 à la suite de la visite du 6 juin 2017, afférentes aux degrés d'empêchements ; elle ne remet pas expressément en question les constatations contenues dans ledit rapport, mais elle décrit ses douleurs, efforts, difficultés et handicaps dans l'accomplissement des tâches habituelles de son ménage d'une manière nettement plus accentuée que ne le fait l'enquêtrice ménagère. Il est précisé que sur ces points, la recourante n'avance pas des éléments substantiellement nouveaux dans ses écritures de la procédure A/4230/2019 par rapport à celles de la procédure A/1065/2018. L'OAI pourrait néanmoins procéder à une nouvelle enquête ménagère si elle devait s'avérer nécessaire, par exemple en cas de détérioration des facultés de l'intéressée par rapport à celles existant au 6 juin 2017. f. Compte tenu du fait que le

présent cas requiert le prononcé d'une décision conforme aux règles de procédure, en particulier au droit d'être entendue de l'assurée, ainsi qu'une instruction complémentaire, complète, du dossier de celle-ci, il convient de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il procède notamment à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, voire à une nouvelle enquête ménagère si nécessaire, puis rende une nouvelle décision, conformément aux considérants qui précèdent. Il est précisé que cette instruction complémentaire devra prendre en considération l'ensemble de la période litigieuse, soit jusqu'au 14 octobre 2019, de même que, par économie de procédure, jusqu'au prononcé de la nouvelle décision qui sera prononcée par l'OAI, avec détermination de l'évolution de l'état de santé et du degré d'empêchement.

## **E. 12**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision du 14 octobre 2019 sera annulée et le dossier renvoyé à l'intimé afin qu'il procède conformément aux considérants puis rende une nouvelle décision. Bien qu'elle obtienne gain de cause, la recourante n'a pas droit à des dépens. En effet, sa représentante est employée d'un service de l'administration publique, lequel ne tire pas ses ressources de cotisations ou du soutien financier de ses

A/4230/2019 - 34/35 - membres. Il n'y a dès lors pas de justification économique à l'allocation de dépens (cf. par analogie ATF 126 V 11 consid. 5). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supporte l'émolument de CHF 500.-, soit plus que l'émolument perçu selon l'ATAS/316/2019 vu le caractère lacunaire de l'instruction complémentaire malgré ce qu'a requis cet arrêt de renvoi (art. 69 al. 1bis LAI).

\* \* \* \* \*

A/4230/2019 - 35/35 - 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.