

GE_GERICHTE ATAS/340/2018 vom 23. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_340_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/340/2018 du 23 avril 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/340/2018 del 23 aprile 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

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).

E. 3

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2013.

E. 4

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art.8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

A/2315/2016 - 15/24 -

E. 5

Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et

sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 6

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

A/2315/2016 - 16/24 - 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'assurance-invalidité, 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 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

E. 7

Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). 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 (ATF 137 V 334 consid.

3.2). Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'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). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1 ; ATAS/1125/2017 du 11 décembre 2017 consid. 8). La tâche d'éduquer et soigner de jeunes enfants peut certes expliquer qu'un des parents réduise son taux d'activité professionnelle, dans la perspective de le rehausser une fois que les enfants n'auraient plus le même besoin de présence et disponibilité de leurs parents à domicile. Aussi le fait que les enfants atteignent, par l'écoulement du temps, un certain degré d'autonomie constitue-t-il un indice que le parent ayant réduit son taux d'activité professionnelle, voire ayant renoncé à exercer une activité professionnelle, en (re)prendrait une ou augmenterait son taux d'activité s'il n'était devenu invalide dans l'intervalle. Il ne suffit cependant pas à lui seul à rendre vraisemblable une telle (re)prise d'activité ou augmentation de taux d'activité. Il ne s'agit pas d'un fait d'expérience si ancré dans les mœurs qu'une simple déclaration d'intention associée à l'avancement en âge des enfants dispenserait de la nécessité d'en étayer la vraisemblance par d'indices extérieurs

A/2315/2016 - 17/24 - (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1).

E. 8

a. L'application de la méthode mixte peut s'avérer discriminatoire dans certaines situations de changement de statut pour des motifs familiaux, ainsi que la Cour européenne des droits de l'homme l'a jugé par l'arrêt du 2 février 2016 dans la cause n° 7186/09 Di Trizio contre Suisse. Dans cette cause, une assurée qui, sans atteinte à la santé, n'aurait travaillé qu'à temps partiel après la naissance de ses enfants, s'était vue de ce fait supprimer sa rente d'invalidité en application des règles sur la révision de la rente ; cela constituait dans ce cas une violation de l'art. 14 CEDH (interdiction de la discrimination) en relation avec l'art. 8 CEDH (droit au respect de la vie privée et familiale ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4). b. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la suppression d'une rente d'invalidité dans le cadre d'une révision est contraire à la CEDH lorsque seuls des motifs d'ordre familial (la naissance d'enfants et la réduction de l'activité professionnelle qui en découle) conduisent à un changement de statut de « personne exerçant une activité lucrative à plein temps » à « personne exerçant une activité lucrative à temps partiel » ; dans un tel cas, le versement de la rente en cours doit être poursuivi (ATF 143 I 50). c. Par modification du 1er décembre 2017, entrée en vigueur le 1er janvier 2018, du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201), le Conseil fédéral a introduit un nouveau mode de calcul pour déterminer le taux d'invalidité des personnes exerçant une activité lucrative à temps partiel, de façon à renforcer les moyens de concilier vie familiale et vie professionnelle dans le respect des exigences de la CourEDH (art. 27 et 27bis al. 2 à 4 RAI). Comme le Conseil fédéral l'a expliqué dans son communiqué de presse et son rapport explicatif du 1er décembre 2017 (accessible sur internet à l'adresse

<https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services>), le nouveau mode de calcul accorde un poids égal aux conséquences d'une atteinte à la santé sur l'exercice d'une activité lucrative et sur l'accomplissement des travaux habituels ; dans le domaine professionnel, la détermination du taux d'invalidité se base sur l'hypothèse d'une activité lucrative exercée à plein temps ; de même, en ce qui concerne les travaux habituels, le calcul est aussi effectué comme si la personne s'y consacrait à plein temps ; les tâches ménagères et familiales sont ainsi mieux prises en compte.

E. 9

a. Dans la méthode d'évaluation mixte, pour 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, il faut évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer

A/2315/2016 - 18/24 - l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 137 V 334 consid. 5). b. Pour évaluer le taux d'invalidité par comparaison des revenus, 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 et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Toutefois, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). c. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place (ATF 130 V 97). 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision 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). 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).

A/2315/2016 - 19/24 -

E. 10

a. 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 125 V 351 consid. 3). 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).

b. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler (ATF 125 V 261 consid. 4 ; 115 V 134 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation issue d'une observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge -

A/2315/2016 - 20/24 - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (arrêt

du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1 et les références). c. 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 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).

E. 11

a. En l'espèce, il convient en premier lieu d'examiner le grief relatif au statut de l'assurée. La décision attaquée retient un statut mixte réparti par moitié entre les sphères professionnelle et ménagère, statut que la recourante conteste, en invoquant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%. De jurisprudence constante, le statut de l'assuré dépend du point de savoir si elle aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. En l'occurrence, l'assurée a travaillé comme concierge à 50% dès le mois de juin 2005, c'est-à-dire avant que des arrêts de travail lui soient prescrits, dès novembre 2007, pour une ostéonécrose de la cheville gauche. Tant dans son opposition que durant l'enquête ménagère puis lors de l'audience, l'assurée a déclaré qu'elle avait cherché en 2005 à augmenter son taux d'occupation à 100%, en tentant de compléter son activité de concierge à temps partiel avec celle de garde d'enfant, mais qu'elle n'avait pas pu être engagée dans une telle activité et s'était finalement contentée de son activité de concierge à 50%. Il est vrai que dans son recours, elle a expliqué que si elle n'avait travaillé qu'à temps partiel depuis 2005, c'était parce que le plus jeune de ses enfants n'était âgé que de six ans. Son argumentation s'avère toutefois contradictoire, car si sa volonté était de travailler à temps partiel pour s'occuper de ses enfants, on ne comprend alors pas pourquoi elle aurait recherché une activité à plein temps en 2005, alors qu'elle n'était pas encore atteinte dans sa santé. Au contraire, ses déclarations lors de l'enquête ménagère tendent à démontrer qu'elle n'a pas été en mesure d'être engagée à 100% – sans que cela ne tienne à son état de santé ou à sa situation familiale – et qu'elle s'est dès lors résignée à poursuivre son activité à 50%. Il paraît dès lors invraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps. De surcroît, l'intéressée n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit dans une activité professionnelle à 100%, à son âge – près de 50 ans au moment de la décision attaquée – et après une relativement longue période d'inactivité professionnelle. Enfin, on relèvera que la A/2315/2016 - 21/24 - décision de refus de prestations qu'avait rendue l'AI en 2009 était déjà fondée sur un statut mixte, que l'assurée n'avait alors pas contesté. Au vu de l'ensemble des circonstances, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut mixte réparti à raison de 50% pour la sphère professionnelle et de 50% pour la sphère ménagère. b. Par ailleurs et à l'inverse de ce que la recourante semble faire valoir lorsqu'elle se réfère à l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme Di Trizio contre Suisse, l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité ne conduit pas dans son cas à un résultat discriminatoire. En effet, l'assurée a présenté une seconde demande de prestations AI après s'être vue notifier une première décision négative en 2009, de sorte que la procédure ne relève pas d'une révision du droit aux prestations, singulièrement de l'octroi d'une rente,

suivie de la suppression de celle-ci suite à la venue au monde d'enfants. En outre, l'assurée n'assume plus de charge éducative à l'égard de ses enfants, dont elle souligne dans son opposition qu'ils sont désormais « grands » et ne l'empêcheraient pas de travailler à 100% si elle était en bonne santé. En conséquence, la volonté (hypothétique) de travailler à temps partiel ne repose pas sur un motif d'ordre familial, de sorte qu'il n'y a pas de violation du droit au respect à la vie privée et familiale (ATF 143 I 50 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_473/2016 du 25 janvier 2017 consid. 4).

E. 12

Sur la base de l'enquête économique du 17 mai 2016, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 1% dans ses travaux ménagers. Cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Par ailleurs, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité et à l'aide exigible des proches sont motivées : elle décrit précisément les activités que la recourante peut effectuer seule ou délègue au contraire à ses proches, tout comme les solutions trouvées au sein de la famille pour suppléer à ses empêchements. Dans ce contexte, il a été tenu compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son époux et ses trois enfants (dont deux sont majeurs), de sorte qu'une participation de ceux-ci aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 15.3 %. C'est le lieu de rappeler qu'il n'existe pas, selon le Tribunal fédéral, de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible. La jurisprudence pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive, où l'aide des membres de la famille 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 ; 130 V 97 consid. 3.3.3). Or, dans son recours, l'assurée ne prétend pas que ses proches seraient incapables de contribuer aux tâches ménagères dans la mesure retenue. Elle se contente d'affirmer, sans motiver son point de vue, que les taux d'empêchements retenus devraient être augmentés à 50% dans quatre des sept postes examinés par l'enquêtrice. Ce faisant, elle n'invoque aucun élément concret, propre à démontrer d'éventuelles erreurs d'estimation ou inexactitudes qui entacheraient l'enquête.

A/2315/2016 - 22/24 - Partant, il y a lieu de s'en tenir aux empêchements ménagers attestés par ce document, lesquels s'élèvent globalement à 1% en tenant compte de l'aide exigible des proches.

E. 13

a. À ce stade, il convient d'examiner la capacité de travail et pour ce faire, de se pencher sur la valeur probante de l'expertise de la CRR. L'intimé a fait siennes les conclusions de ce rapport, à teneur desquelles l'assurée dispose, en tout cas depuis son inscription au chômage, en octobre 2012, d'une capacité de travail de 80% dans son activité antérieure de concierge. Dans toute autre activité n'impliquant pas de déplacements continuels, les experts jugent sa capacité de travail entière. De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et s'estime totalement incapable d'exercer sa profession antérieure de concierge. Se référant aux rapports de la Dre C_____, son médecin traitant, elle pense pouvoir exercer une activité adaptée à 50% seulement, mais avec un rendement diminué. b. La chambre de céans observe que l'expertise de la CRR se fonde sur des examens complets, effectués en connaissance du dossier médical, et prend en considération

les plaintes exprimées par l'assurée. Cela étant, force est de constater que les experts ont omis de discuter, dans leur appréciation, des conclusions ressortant du rapport d'observation professionnelle des EPI, lesquelles s'écartent notablement des leurs et soulignent que l'assurée, jugée très volontaire par cet établissement, souffre de limitations somatiques importantes, n'est pas en mesure de rester longtemps debout ou assise et présente un rendement diminué, évalué entre 50% et 70% pour une activité exercée à mi-temps. Les EPI précisent que « la résistance physique [de l'assurée] est faible et qu'elle s'effondre parfois en raison des douleurs, notamment lorsque les gestes sont répétitifs ». Les experts ayant omis de discuter ces conclusions divergentes, leur rapport s'avère lacunaire sur ce point et la chambre de céans ne peut en l'état se fonder sur celui-ci pour statuer définitivement sur la capacité de travail et de gain de l'assurée. Cependant, on ne saurait pas non plus dénier à ce document toute valeur probante, les experts n'ayant simplement pas pris position sur le rapport divergent des EPI. Ainsi que cela a été précédemment exposé, lorsque l'appréciation issue d'une observation professionnelle s'écarte sensiblement de l'appréciation médicale, il convient au besoin de requérir un complément d'instruction (cf. supra consid. 10b). Partant, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé pour qu'il invite les experts à se déterminer sur les conclusions des EPI et à expliquer les raisons pour lesquelles ils s'y opposent ou au contraire s'y rallient. Ce n'est que lorsque les experts se seront prononcés que leur rapport pourra être considéré comme complet et que sa valeur probante pourra être tranchée. c. Pour le reste, les critiques émises par la recourante et la Dresse C_____ contre l'expertise de la CRR s'avèrent largement infondées : l'expert en rhumatologie a tenu compte de l'IRM effectuée en décembre 2009 ainsi que des plaintes de l'assurée, notamment au niveau des mains, mais il a jugé qu'elles ne jouaient pas de rôle dans l'appréciation de sa capacité de travail, étant donné qu'elle n'avait pas

A/2315/2016 - 23/24 - pleinement collaboré à un test de préhension (cf. p. 4 et 5 du volet rhumatologique de l'expertise). L'expert a ainsi précisé « [...] de façon incompréhensible, la force de préhension est effondrée, inférieure à 10 mmHg aux deux mai[n]s pour un témoin à plus de 250. Cette absence de collaboration étonne l'investigateur, compte tenu du comportement général de l'assurée ». À ce propos, on ne discerne pas en quoi l'expert en rhumatologie se serait contredit en soulignant que l'assurée avait généralement bien collaboré à l'expertise mais avait fait preuve d'un comportement plus démonstratif lors du test de préhension et lorsqu'elle avait été invitée à évaluer ses douleurs du membre inférieur gauche, ce qui l'a conduit à relativiser certaines plaintes. En outre, la recourante ne saurait reprocher aux experts de ne pas avoir discuté ses céphalées et ses épisodes de « dumping syndrome », alors qu'elle ne s'est précisément pas plainte de tels épisodes – en dehors de gastralgies survenant deux à trois fois par mois, traitées par Buscopan – et a indiqué que ses migraines étaient peu fréquentes et « cédaient à la prise d'un comprimé de Dafalgan » (cf. p. 8 de l'expertise). Enfin, le fait que les médecins de la CRR n'ont pas pris contact avec la Dre C_____ avant de rendre leur expertise n'apparaît pas critiquable, du moment qu'ils avaient déjà connaissance des conclusions de cette praticienne par l'entremise des rapports en leur possession, qu'ils ont résumés dans leur anamnèse. Au demeurant, le corps médical dispose d'une large autonomie dans la conduite de ses examens et le juge n'intervient qu'avec retenue lorsqu'il s'agit de remettre en cause la méthodologie utilisée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_753/2010 du 22 décembre 2010 consid. 2.3.2 et les références).

Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision du 8 juin 2016, annulée. La cause est renvoyée à l'OAI pour qu'elle complète l'instruction dans le sens des considérants qui précèdent, puis rende une nouvelle décision.

E. 15

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

E. 16

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2315/2016 - 24/24 - 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.