

GE_GERICHTE ATAS/351/2016 vom 3. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_351_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/351/2016 du 3 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/351/2016 del 3 maggio 2016

Erwägungen

E. 16

Celle-ci a été réalisée le 5 mars 2015.

A/3060/2015 - 6/28 - S'agissant du statut, l'enquêtrice a relevé qu'« elle ne se rappelle même pas vraiment d'avoir travaillé sporadiquement depuis 2002. Elle dit être malade depuis tellement longtemps. Elle se rappelle vaguement avoir travaillé comme femme de chambre dans un hôtel, huit heures par jour, pendant trois ou quatre ans, mais ne se rappelle pas de l'employeur, ni de l'année. Elle dit avoir commencé à travailler en 1996, deux heures par jour, tous les jours de la semaine, soit dix heures par semaine. Elle ne connaît pas le revenu de son mari, ni de son fils. Elle dit avoir gagné CHF 1'500.- lors de son dernier emploi, mais il y a très longtemps. La famille est allée voir l'Hospice général qui ne peut l'aider financièrement, car le revenu du groupe familial est trop élevé. (...) L'assurée nous dit qu'elle travaillerait toute la journée si elle pouvait... ». L'enquêtrice a retenu un taux d'empêchement à accomplir les travaux habituels de 31,1%, et de 27,6% compte tenu de l'aide exigible des membres de la famille. Elle a par ailleurs relevé que « l'assurée semble avoir renoncé aux tâches domestiques et son mari effectue tout à sa place. Le couple ne dort même plus dans la même chambre. L'assurée dort sur le canapé pour ne pas déranger son mari qui va travailler, car elle dort très mal et se relève dans la nuit. Les stores sont fermés partout dans l'appartement et l'assurée nous dit ne plus sortir seule, car elle a peur ».

E. 17

Dans une note interne du 11 mars 2015, l'OAI a, sur la base de ce qui précède, procédé à l'analyse suivante : « il ressort des éléments du dossier que l'assurée est sans activité au moment du début de l'affection médicale. Lors de l'entretien à domicile, elle n'est pas en mesure d'indiquer les activités exercées depuis 2002, et déclare que l'aide sociale ne l'aide pas en raison des conditions économiques du groupe familial. Les revenus figurant sur l'extrait de compte individuel sont modestes, irréguliers et sporadiques. La moyenne des gains annuels perçus durant les quatre dernières années, avant le début de l'affection, s'élève à CHF 5'600.-. Si l'on fait le rapport entre ce gain et le revenu annuel qu'une femme non qualifiée peut réaliser à temps complet sur le marché équilibré, selon les bases statistiques, on obtient un taux de 10% ».

E. 18

L'OAI a transmis à l'assurée, le 18 mai 2015, un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations était rejetée, au motif qu'elle présentait un degré d'invalidité de 28% - calculé sur la base d'un statut mixte de 10% pour l'activité professionnelle et de 90% pour l'activité ménagère, et d'une incapacité respectivement de 0% et de 31% - insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité.

E. 19

Par courrier du 11 juin 2015, l'assurée, représentée par le service de prévention sociale et promotion santé de la ville d'Onex, a contesté le statut mixte, alléguant que, sans atteinte à la santé, elle aurait poursuivi son activité salariée à 100%. Selon elle en effet, « ce sont uniquement les empêchements de santé qui l'ont obligée à stopper son activité professionnelle. Elle pensait à l'époque que cela serait

A/3060/2015 - 7/28 - probablement temporaire, mais compte tenu de l'évolution de la maladie, elle a dû se résoudre à quitter définitivement le monde du travail ». Elle produit : - une confirmation de réinscription auprès de l'office cantonal de l'emploi datant du 28 février 2007, dont il ressort qu'elle recherchait un emploi à 100%. - un contrat de travail conclu dans le cadre du programme cantonal d'emploi et de formation, pour un taux d'activité de 100%, du 3 mars 2008 au 4 septembre 2008. - le certificat de travail y relatif daté du 23 septembre 2008.

E. 20

Par décision du 10 juillet 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision, constatant que les documents produits datent de 2007 et 2008, alors que l'incapacité de travail durable avait commencé bien plus tard, soit en octobre 2011.

E. 21

Par courrier du 9 septembre 2015, le service social santé et enfance a informé la chambre de céans qu'il avait été sollicité par l'assurée pour la rédaction d'un recours, mais qu'il n'était pas parvenu à la recontacter à nouveau. Il a dès lors joint un courrier daté du 8 septembre 2015, et non signé, aux termes duquel l'assurée dépose un recours contre la décision du 10 juillet 2015.

E. 22

L'assurée a adressé à la Chambre de céans le 21 septembre 2015, soit dans le délai qui lui avait été imparti, ce courrier dûment signé. Elle a complété son recours le 6 novembre 2015. Elle ne comprend pas pour quelle raison l'OAI l'a qualifiée de ménagère à 90%, puisque « jusqu'au début de mes ennuis de santé, je travaillais à temps plein en qualité de nettoyeuse. Un rapport de mon ancien employeur du 18 juin 2003 confirme d'ailleurs que je travaillais même à 150% jusqu'à ce que mon état de santé m'oblige à m'arrêter en septembre 2002. C'est à cette même période en effet qu'a été diagnostiquée la spondylarthrite ankylosante dont je souffre. À cause de mes problèmes de santé, j'ai donc dû arrêter mon activité habituelle. L'OAI a considéré en 2006 que j'étais susceptible de travailler dans une activité adaptée, puisqu'il me restait quelques ressources adaptatives, mais je n'avais aucune formation ni aucune expérience autre que celle du nettoyage, et de surcroît ma santé se dégradait au fur et à mesure que la spondylarthrite gagnait du terrain. J'ai donc pris ce que je trouvais, c'est-à-dire une ou deux heure(s) par semaine de nettoyage, ce que me permettait encore ma santé, et surtout ce qui me permettait de conserver tout de même une activité lucrative ». Elle considère ainsi que son statut doit être celui d'une personne active à temps plein et, dès lors que sa capacité de travail a été reconnue comme étant nulle quelle que soit l'activité envisagée depuis le 20 octobre 2011, conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

E. 23

Dans sa réponse du 2 décembre 2015, l'OAI se réfère à la note interne du 11 mars 2015 et constate qu'il ressort du dossier que non seulement l'assurée n'aurait effectué aucune recherche d'emploi pour travailler à temps plein, mais qu'elle se serait au contraire contentée de vivre avec de faibles revenus. Il considère, partant, qu'il a retenu à juste titre un statut mixte, et conclut au rejet du recours.

A/3060/2015 - 8/28 -

E. 24

L'assurée, représentée par Inclusion Handicap, s'est déterminée le 11 janvier 2016. Elle persiste à affirmer que c'est bien la dégradation de son état de santé en septembre 2002 déjà qui l'a contrainte à mettre un terme à son activité habituelle. Elle affirme que sans spondylarthrite ankylosante, elle aurait continué à travailler à plein temps.

E. 25

Le 27 janvier 2016, l'OAI a déclaré qu'il confirmait ses conclusions.

E. 26

janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

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 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).

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

A/3060/2015 - 18/28 - 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). 13. a. 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 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. 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). c. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de

A/3060/2015 - 19/28 - nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de

pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). d. 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). 14. 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4). 15. Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente lorsque 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), lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8LPGGA) à 40% au moins. Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de cette disposition, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de

A/3060/2015 - 20/28 - 20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (arrêt I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in VSI 1998 p. 126). 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. Conformément à l'art. 29 al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008, le début du versement de la rente (" Anspruchsbeginn ") ne peut toutefois avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait

obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 16. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer, voire circonscrire, le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents

A/3060/2015 - 21/28 - personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 17. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 18. a) Il convient en l'espèce d'examiner préalablement la question du statut de l'assurée. L'OAI a retenu un statut mixte. À relever que dans un premier temps, l'OAI avait tenu compte d'un emploi exercé deux heures par jour, soit un statut mixte avec un taux de 25% pour l'activité lucrative. Constatant toutefois que selon l'extrait du compte

individuel de l'assurée, la moyenne des gains annuels perçus durant les quatre dernières années depuis 2011, - date à compter de laquelle il considérait que l'assurée présentait une incapacité de travail durable - s'élevait à CHF 5'600.-, l'OAI a déterminé le rapport entre ce gain et le revenu annuel qu'une femme non qualifiée peut réaliser à temps complet sur le marché équilibré, selon les bases statistiques, et obtenu un taux de 10% (cf. note interne du 11 mars 2015). L'assurée conteste le statut mixte, affirmant qu'elle aurait travaillé à plein temps si son état de santé le lui avait permis. C'est du reste ce qu'elle avait déclaré à l'enquêtrice. Elle souligne qu'elle n'a jamais pu reprendre une activité

A/3060/2015 - 22/28 - professionnelle eu égard à son état de santé. Depuis trois-quatre ans, les douleurs et les empêchements dus à la spondylarthrite ankylosante étaient de plus en plus manifestes et l'handicapaient dans la vie quotidienne. b) Il y a d'emblée lieu de constater que lors de la première demande de prestations, l'assurée avait été considérée par l'OAI comme active. Il avait plus particulièrement été relevé qu'elle travaillait comme nettoyeuse depuis 2001 à raison de quarante heures par semaine (cf. pièce 65 chargé OAI, p. 2). L'OAI, constatant que l'assurée n'avait travaillé qu'à temps partiel depuis 2011, a modifié le statut. c) Il convient à ce stade de rappeler que la détermination du statut d'un assuré dépend de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En l'occurrence, l'assurée est née au Kosovo et y a fréquenté l'école obligatoire jusqu'en 1978. C'est en août 1990 qu'elle est venue rejoindre son mari en Suisse avec son fils né en février 1990. Elle a commencé à travailler dès que son fils a atteint l'âge de 6 ans comme femme de ménage. En dernier lieu, soit à partir du

E. 28

septembre 2001, l'assurée a été engagée à plein temps en tant que femme de chambre dans des hôtels auprès de la société B_____ SA. Elle travaillait alors deux dimanches par mois en plus et était rémunérée à 150%. Elle a cessé cette activité le 9 septembre 2002 en raison de son état de santé et a déposé sa première demande de prestations AI. L'assurée s'est inscrite auprès de l'assurance-chômage le 9 février 2007 recherchant une activité de nettoyeuse de locaux à 100%, puis a travaillé, dans le cadre des mesures cantonales de l'assurance-chômage, durant sept mois en 2008, à plein temps. Il est vrai que la lecture de ses CI montre que l'assurée a réalisé ensuite des revenus faibles et irréguliers. Il convient toutefois de rappeler que durant les quatre dernières années, soit de 2011 à 2015, sur lesquelles se fonde l'OAI, l'affection rhumatologique s'est aggravée au point de nécessiter un nouveau traitement en 2011, lequel traitement a provoqué chez l'assurée un choc anaphylactique. Il y a également lieu de rappeler que si dans son arrêt du 5 septembre 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a confirmé la décision de refus de prestations, c'est parce qu'il a considéré que l'assurée présentait une capacité entière de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, et nulle dans son activité antérieure de nettoyeuse (ATAS/760/2006). d) L'OAI fait également valoir qu'aucune aide sociale ne lui a été accordée en raison des conditions économiques du groupe familial pour qualifier son statut de mixte. Cet argument n'est pas pertinent. Ne serait-ce que le fait que l'assurée ait demandé l'aide sociale vient précisément démontrer que sa situation financière aurait commandé qu'elle travaille à plein temps.

A/3060/2015 - 23/28 - e) On ne saurait, au vu de ce qui précède, soutenir, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, qu'elle n'aurait pas travaillé à plein temps, si elle avait été en bonne santé. Aussi est-ce un statut d'active qui doit être pris en considération. 19. Il y a lieu d'examiner en l'occurrence si l'état de santé de l'assurée s'est aggravé entre le

4 janvier 2006, date à laquelle l'OAI a rendu sa première décision, et le 10 juillet 2015, date de la décision litigieuse. 20. L'expertise rhumatologique réalisée en janvier 2005 retient une spondylarthrite ankylosante confirmée depuis 2002, ainsi qu'un syndrome douloureux chronique type fibromyalgie. Aucune incapacité de travail n'est attestée. L'expertise psychiatrique d'août 2005 n'a posé aucun diagnostic. Courant 2011, l'évolution de l'affection rhumatologique a nécessité l'introduction d'un immunosuppresseur type Remicade. La seconde perfusion du traitement de fond du 20 février 2012 a provoqué un choc anaphylactique. Dès cette date, le suivi rhumatologique a été interrompu. Selon l'expertise du 26 août 2014, l'assurée souffre d'une spondylarthrite ankylosante et d'une fibromyalgie. Elle présente également une arthrite de la cheville gauche et des lésions unguéales touchant aussi bien les mains que les pieds. Au niveau du rachis, les experts ont constaté une raideur dorso-lombaire et sous-pelvienne. Selon eux, la station statique prolongée est actuellement contre-indiquée, non pas en raison de l'atteinte sacro-iliaque et l'atteinte rachidienne, mais en raison de celle affectant la cheville gauche. Hormis cette atteinte qui mérite donc d'être traitée, d'un point de vue des autres atteintes de la spondylarthrite ankylosante, aucune limitation n'est retenue. Ils considèrent que l'incapacité de travail est entière du 20 octobre 2011 (date de la seconde perfusion de reprise du Remicade à la suite de laquelle elle a présenté un état de choc sur réaction anaphylactique), au 20 février 2012, date à laquelle une hospitalisation ponctuelle de 24 heures a été nécessaire dans les suites de la réaction anaphylactique, et du 16 septembre au 12 octobre 2012, période durant laquelle elle a été hospitalisée, le taux d'incapacité de travail pour le diagnostic de spondylarthrite ankylosante « devrait être de 0% horaire, sans diminution de rendement trois mois après le début du traitement recommandé, si l'assurée suit bien la thérapeutique de type anti-TNF » ; qu'elle est de 50% dès mai 2013, en raison de l'arthrite de la cheville gauche, jusqu'à trois mois après le début du traitement recommandé. Ils précisent que s'ils ont retenu que l'arthrite de la cheville gauche était apparue en mai 2013, c'est parce que, selon l'assurée, l'arthrite de la cheville gauche était apparue un an auparavant, mais ne figurait pas dans le rapport d'avril 2013 de la Dresse F_____.

A/3060/2015 - 24/28 - 21. Dans son avis du 9 décembre 2014, le médecin du SMR a pris note qu'il était difficile d'apprécier les répercussions de la spondylarthrite ankylosante, l'assurée n'ayant plus consulté son rhumatologue depuis avril 2013 et ne prenant plus de médicaments autres que des antalgies et des AINP. Le traitement de fond avait été arrêté, de sorte qu'il n'était pas possible d'apprécier clairement les limitations fonctionnelles liées à cette atteinte, les douleurs étant parasitées par la fibromyalgie. Il ne serait possible de les déterminer que six mois après le début d'un suivi chez un rhumatologue. Quant à la fibromyalgie, elle n'était pas incapacitante selon les critères développés par la jurisprudence en vigueur jusqu'à l'arrêt rendu par le Tribunal fédéral le 3 juin 2015 (9C_492/2014). Le médecin du SMR s'étonne enfin des taux d'incapacité retenus par les experts, et fixe, quant à lui, l'incapacité de travail à 100% depuis le 20 octobre 2011, - vraisemblablement dans l'activité antérieure et partant à 50% dans une activité adaptée depuis mai 2013, sans le préciser toutefois -. 22. La chambre de céans considère que l'expertise Corela du 28 août 2014 n'emporte pas la conviction, s'agissant plus particulièrement de l'appréciation de la capacité de travail, du fait essentiellement qu'il n'est pas possible d'exiger de l'assurée, en raison du choc anaphylactique subi, de poursuivre le traitement de Remicade. Ils indiquent partager l'avis du Dr D_____, lequel, dans son rapport du 17 janvier 2005, considère que la spondylarthrite ankylosante n'implique aucune incapacité de travail, mais prennent note

d'une aggravation de la spondylarthrite ankylosante en octobre 2011 nécessitant un traitement de Remicade. Ils constatent que ce traitement a été interrompu en raison d'un choc anaphylactique, ce qui ne les empêche pas de conclure, contre toute attente, que la capacité de travail est entière tant que l'assurée suit ce traitement. Il y a à cet égard lieu de rappeler que l'assuré doit, certes, de sa propre initiative, faire ce qui est en son pouvoir et ce que l'on peut raisonnablement exiger de lui pour améliorer sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels (art. 7 LAI). Est ainsi réputée raisonnablement exigible toute mesure servant à la réadaptation de l'assuré. Des mesures qui ne sont pas adaptées à son état de santé ne sont en revanche pas exigibles (art. 7a LAI). Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) no 1048.1, l'assuré est tenu notamment de se soumettre à un traitement médical raisonnablement exigible, pour autant que celui-ci soit de nature à améliorer sa capacité de gain de telle sorte que la rente puisse être réduite ou supprimée (par ex. afin de supprimer des atteintes à la santé résultant de l'abus d'alcool et de nicotine ou de l'obésité; RCC 1984 p. 359, ou un traitement psychiatrique, 9C_418/2010). On n'appliquera pas une norme sévère aux mesures médicales (RCC 1985 pp. 328 et 331). En particulier, ne sont raisonnablement exigibles que des mesures médicales qui présentent un risque négligeable («opérations de routine», pas d'augmentation des risques liés à l'anesthésie, etc.).

A/3060/2015 - 25/28 - Imposer à l'assurée de suivre à nouveau ce traitement, alors qu'il a déjà provoqué chez elle un choc anaphylactique, ne représente à l'évidence pas une mesure exigible au sens de ce qui précède, de sorte que l'expertise Corela ne saurait avoir valeur probante. 23. 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). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des

indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4). Or, par arrêt du 3 juin 2015, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence. Il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé constatée médicalement sont prouvées de manière définitive et sans contradiction avec une vraisemblance (au moins) prépondérante au moyen des

A/3060/2015 - 26/28 - indicateurs standard. Force est de constater que l'expertise Corela ne permet pas de répondre à ces questions. 24. La chambre de céans constate, à la lumière de la nouvelle jurisprudence relative aux troubles somatoformes douloureux et fibromyalgie, que la présente cause est insuffisamment instruite pour lui permettre de trancher puisqu'elle ne met notamment pas en regard les facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, et les ressources de compensation de l'assurée, d'autre part. Force est d'ajouter que la valeur probante douteuse de l'expertise Corela, les difficultés dont fait état le médecin du SMR pour établir quelles sont les limitations fonctionnelles liées à la seule spondylarthrite ankylosante, et partant, quelles sont leurs éventuelles répercussions sur la capacité de travail, le fait que l'assurée ait interrompu le traitement de fond de son atteinte après avoir subi un choc anaphylactique, et ne soit dès lors plus suivie par un rhumatologue depuis avril 2013, constituent autant de facteurs justifiant d'admettre le recours, d'annuler la décision du 10 juillet 2015 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'une expertise rhumato-psychiatrique, et pour nouvelle décision. 25. L'OAI s'est écarté de la conclusion du médecin du SMR - sans expliquer pourquoi - et a calculé le degré d'invalidité sur la base d'une capacité de travail de 100% selon le tableau suivant :
Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Activité lucrative 10% 0% 0% Ménagère 90% 31% 28% Degré d'invalidité

28% S'il avait tenu compte du taux d'incapacité de travail de 50% retenu par le médecin du SMR pour une activité adaptée, le tableau aurait dû être établi comme suit :
Activité partielle Part Empêchement Degré d'invalidité Activité lucrative 10% 50% 5% Ménagère 90% 31% 28% Degré d'invalidité

33% Ce tableau, quoi qu'il en soit, n'est pas non plus correct, puisqu'il se fonde sur une part consacrée à l'activité lucrative de 10% seulement, au lieu de 100% comme retenu par la chambre de céans ci-dessus.

A/3060/2015 - 27/28 - Pour ce motif également, la cause doit être renvoyée à l'OAI, qui devra, compte tenu du statut d'active de l'assurée, déterminer son degré d'invalidité sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. 26. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Étant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'OAI au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3060/2015 - 28/28 - 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.