

GE_GERICHTE ATAS/364/2016 vom 10. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_364_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/364/2016 du 10 mai 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/364/2016 del 10 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - 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 loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Elle est donc compétente pour juger du cas d'espèce, dès lors que la décision attaquée est fondée sur la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le présent recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Le droit à appliquer en l'espèce est celui qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur,

A/783/2015 - 12/26 - intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Les dispositions de la LPGA s'appliquent par ailleurs à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications apportées par la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification

du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA , cf. aussi consid. 8b). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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

A/783/2015 - 13/26 - présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 4

Le présent recours porte sur le point de savoir quel taux d'activité professionnelle la recourante aurait à défaut d'atteinte à la santé, et donc sur son statut, et sur la répercussion de ses atteintes à la santé sur sa capacité de travail et de gain, donc sur le principe et le degré de son invalidité.

E. 5

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant

A/783/2015 - 14/26 - des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. 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). La méthode mixte s'applique aux assurés qui se consacrent pour partie à l'exercice d'une activité lucrative à temps partiel et pour partie à l'accomplissement de leurs tâches ordinaires, en particulier ménagères. Elle revient à déterminer l'invalidité respectivement selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus pour la part dite professionnelle, et la méthode spécifique pour la part dite ménagère ou des travaux habituels (art. 28a LAI et 27 et 27bis du règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201] ; art. 8 al. 3 et art. 16 LPGA). La part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des travaux habituels s'établit d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de

travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide ; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage, par rapport à un plein temps (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 104 V 136 consid. 2a).

E. 6

a. Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa

A/783/2015 - 15/26 - situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. 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 question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, avant même qu'une enquête économique sur le ménage de la recourante ne soit effectuée, l'intimé a retenu que cette dernière avait un statut mixte constitué d'une sphère professionnelle de 50 % et, partant, d'une sphère ménagère de 50 %, nonobstant le fait que la recourante avait toujours déclaré qu'elle avait réduit progressivement son taux d'activité pour des raisons de santé. Il s'est fondé sur l'avis de son SMR qu'une incapacité de travail de la recourante dès janvier 2007 n'était pas fondée médicalement. Le dossier ne comporte certes pas de certificats d'incapacité de travail antérieurs à janvier 2011. Cependant, pour exclure que, dès 2011 ou les années subséquentes, la recourante aurait travaillé, en l'absence d'atteinte à la santé, à un taux supérieur à 50 %, il ne saurait suffire de lui opposer un manque de preuves formelles d'un état de santé objectivement déficient antérieurement à ces années, d'autant plus que la recourante explique en l'espèce pourquoi elle n'a pas toujours travaillé à 100 %, respectivement a baissé ses taux d'activité, par des considérations trouvant appui dans le dossier et apparaissant au surplus vraisemblables selon l'expérience générale de la vie. Il résulte en effet du dossier, de façon en outre des plus plausible, d'une part qu'il n'y a pas toujours eu pour la recourante un nombre d'heures de travail suffisant pour justifier un emploi à plein temps (que ce soit dans l'enseignement en matière d'économie familiale et alimentation, dans le magasin d'alimentation de sa sœur et son beau-frère, ou comme éducatrice du jeune enfant en crèche), et d'autre part que la recourante a rencontré ou à tout le moins ressenti des problèmes de santé depuis 1997 et qu'en réduisant ses taux d'activité elle a pensé pouvoir préserver une certaine capacité de gain, limiter ses absences pour raisons de santé à ses postes de travail successifs et éviter à ses employeurs les inconvénients liés à ses absences et à elle-même le risque d'être finalement licenciée. Ces explications sont rendues hautement vraisemblable au vu notamment des rapports des 10 octobre 2011 et 19 septembre 2014 de son médecin traitant la suivant depuis 1989 et du rapport d'expertise du BEM de Vevey du 18 décembre 2013, de même que des relevés,

crédibles, que la recourante a faits mois par mois

A/783/2015 - 16/26 - de ses activités professionnelles, avec l'indication de ses taux d'activité successifs, des explications des fluctuations de ces derniers et de ses jours ou semaines de maladie. Il n'est pas déterminant que la recourante ait pu se permettre de ne pas forcément disposer d'un revenu à plein temps du fait que son mari réalisait un revenu suffisant pour faire face aux dépenses courantes de la vie et que le couple était sans enfant et n'avait pas de loyer mais seulement des charges (au demeurant pas chiffrées) à assumer, étant devenu propriétaire du chalet des parents décédés de la recourante et y habitant. Du fait de sa double formation de restauratrice et hôtelière et d'enseignante, ainsi que de l'absence de contraintes liées à l'éducation d'enfant, de son affection pour les enfants (non concrétisée par une maternité souhaitée), de son âge (à savoir 48 ans lors du dépôt de la demande de prestations de l'assurance- invalidité), d'un légitime souhait de disposer de davantage de moyens financiers, la recourante était naturellement encline à exercer une activité lucrative – en particulier celle d'éducatrice du jeune enfant en crèche – à un taux supérieur à 50 %. Son parcours professionnel effectif a d'ailleurs comporté globalement des taux d'activité supérieur à 50 %, à savoir de 100 % ou 80 % dans l'enseignement, de 80 % dans le magasin d'alimentation de sa sœur et son beau-frère, ainsi que, comme éducatrice du jeune enfant en crèche (d'abord comme remplaçante sur appel, puis comme auxiliaire et au besoin remplaçante), 60 % en 2006, 70 % en 2007, 62.5 % en 2008, 60 % en 2009 et 86 % de janvier à juillet 2010. c. Le taux de 50 % attribué par l'intimé à la sphère professionnelle de la recourante est insuffisant. La chambre de céans estime qu'en termes de vraisemblance prépondérante, à défaut d'atteinte à la santé, la recourante aurait exercé une activité lucrative à un taux supérieur à un mi-temps, mais qu'il relève de la simple possibilité (et non de la vraisemblance prépondérante) que ce taux d'activité aurait été de 100 %. Au regard des circonstances du cas d'espèce, le passage de la vraisemblance prépondérante à la simple possibilité se situe vers un 80 %. Comme l'intimé l'a retenu à juste titre sur le plan du principe, la recourante doit se voir attribuer un statut mixte, mais les parts des sphères professionnelle et ménagère doivent être fixées à respectivement 80 % et 20 %. Certes, s'il fallait s'en tenir aux taux d'incapacité de gain dans la sphère professionnelle et d'empêchement dans la sphère ménagère retenus en l'espèce par l'intimé, de respectivement 40 % et 7.5 %, la recourante n'en aurait pas pour autant droit à une rente d'invalidité, dès lors que son taux d'invalidité pertinent serait de 33.5 % (à savoir 32 % [= 80 % x 40 %] + 1.5 % [= 20 % x 7.5 %]), arrondi à 34 % et que le taux d'invalidité minimal requis pour l'obtention d'une rente d'invalidité (un quart de rente) est de 40 % (art. 28 al. 2 LAI). Elle disposerait néanmoins d'un intérêt digne de protection suffisant à l'admission partielle de son recours et à la

A/783/2015 - 17/26 - modification de la décision attaquée, ne serait-ce que dans la perspective éventuelle future d'une aggravation de son état de santé.

E. 7

a. Concernant la sphère ménagère de la recourante. il sied de rappeler qu'une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il 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, 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 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Par ailleurs, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante ; ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des

A/783/2015 - 18/26 - troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). b. En l'espèce – en plus de la question, déjà tranchée, de son taux d'activité professionnelle en l'absence d'atteinte à la santé –, la recourante conteste, il est vrai de façon peu motivée, que ses empêchements dans sa sphère ménagère ne seraient que de 7.5 %. b/aa. Quand bien même la recourante ne remet pas ce point explicitement en question, il appert que, sauf pour les activités regroupées sous la rubrique « Divers » des tâches ménagères (comprenant les soins infirmiers, l'entretien des plantes et du jardin, la garde d'animaux domestiques, la confection de vêtements, des activités d'utilité publique, la formation complémentaire, la création artistique), l'intégralité de ses empêchements se trouve compensée par l'exigibilité mise à la charge du mari de cette dernière. L'aide susceptible d'être exigée de membres de la famille, en particulier d'un conjoint, va plus loin que celle à laquelle on peut s'attendre sans atteinte à la santé ; il faut se demander comment se comporterait une famille (ou un époux) raisonnable si aucune prestation d'assurance ne devait être octroyée, mais il faut aussi veiller à ce que, au vu de l'ensemble des circonstances, la charge ainsi répercutée sur les membres de la famille (notamment le conjoint) ne soit pas excessive (arrêt du Tribunal

fédéral 9C_78572014 du 30 septembre 2015 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, p. 578 s, n. 2157 s.). En l'occurrence, l'intimé ne s'est pas enquis des conséquences que l'horaire de travail particulier du mari de la recourante (de 3h du matin à 13 h de l'après-midi) avait pour celui-ci, notamment pour l'aménagement de plages de repos suffisantes. Il est vrai cependant que le total de l'exigibilité retenue, pondérée au regard de l'importance respective des activités considérées, n'apparaît pas excessive, puisqu'elle est de 14 %. b/bb. La pondération de chacune des activités formant les tâches ménagères de la recourante ne procède pas d'une appréciation que la chambre de céans aurait des motifs suffisants de ne pas retenir. b/cc. Il n'en demeure pas moins qu'en l'occurrence, faute du moins d'avoir été soumis à l'appréciation des experts médecins (en particulier de l'expert psychiatre), la force probante du rapport de l'enquête économique faite sur le ménage de la recourante se trouve amoindrie d'une part par le fait que ses problèmes de santé, qui ont certes aussi une dimension somatique, relèvent principalement du registre psychiatrique, et d'autre part qu'il n'a pas été apprécié si et dans quelle mesure la fibromyalgie dont elle souffrait de façon reconnue par l'experte rhumatologue était surmontable par un effort de volonté raisonnable, autrement dit était cause d'incapacité de gain et d'accomplissement des tâches ménagères, au regard de la grille d'évaluation établie récemment par le Tribunal fédéral. Il sied en effet de

A/783/2015 - 19/26 - rappeler que l'enquête économique sur le ménage n'est pas propre (du moins sans le complément précité) à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques. Or, si une autre appréciation de l'impact de la fibromyalgie de la recourante devait être faite, c'est non seulement l'appréciation de son taux d'incapacité de gain qui devait être revue (donc pour sa sphère professionnelle), mais aussi, possiblement, de sa capacité d'accomplir ses tâches ménagères. Aussi s'impose-t-il de laisser ici ouverte – du moins à ce stade – la question de savoir si le 7.5 % de taux d'empêchement retenu par l'intimé peut être retenu, au demeurant non sans mentionner que l'appréciation des taux de pondération et d'empêchement propres aux activités formant les tâches ménagères peut aussi être influencée par le taux de la sphère ménagère, en l'occurrence de 20 % et non de 50 %, moins de temps disponible étant laissé à la recourante pour accomplir lesdites tâches.

E. 8

a. Concernant la sphère professionnelle, l'intimé a retenu que la capacité de travail et de gain de la recourante était de 60 %, taux que cette dernière conteste. b. Pour déterminer si et dans quelle mesure les atteintes à la santé de la recourante affectent la capacité de travail et de gain de cette dernière, il faut en premier lieu se référer aux avis et rapports émis à ce propos par les spécialistes. Il incombe à l'administration et, sur recours, au juge d'apprécier les preuves librement (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), étant cependant précisé que la jurisprudence a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux. b/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). b/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que

ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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

A/783/2015 - 20/26 - 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 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait 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

A/783/2015 - 21/26 - 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 9

a. En l'espèce, le rapport d'expertise du 18 décembre 2013 du BEM de Vevey émane de trois médecins spécialistes, pour deux d'entre eux en médecine interne et en rhumatologie et pour le troisième en psychiatrie et psychothérapie, soit dans trois disciplines médicales dont il n'est pas contestable ni contesté qu'elles sont celles qui doivent permettre d'appréhender l'entier de la situation de la recourante. Cette dernière n'a fait valoir aucun motif de récuser lesdits experts, et elle n'a pas proposé de questions à leur poser en complément à celles de l'intimé. b. D'un point de vue formel, ledit rapport apparaît complet. En effet, il relate l'anamnèse détaillée de l'assurée (de médecine interne et rhumatologie et psychiatrique), fait mention des plaintes et données subjectives de l'assurée, somatiques (sur les plans de la médecine générale et rhumatologiques) et psychiatriques (spontanées puis sur demande de façon systématique), consigne les constatations objectives faites par les experts (status de médecine interne et rhumatologique et status psychiatrique) et sur la base des examens radiologiques, comporte une discussion au plan somatique, au plan psychiatrique et entre les experts, énumère les diagnostics retenus, et apprécie leurs influences sur la capacité de travail et sur la réadaptation professionnelle. Ce faisant, il répond aux questions posées par le mandat d'expertise. c. D'un point de vue matériel – sous la réserve reprise plus loin du traitement de la fibromyalgie de la recourante –, les experts ont effectué les examens et ont obtenu les renseignements et documents médicaux pertinents concernant la recourante, et ils ont procédé, tant individuellement que de façon concertée, à une discussion approfondie de son cas. Ils ont retenu, à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, d'une part, sur le plan somatique, un diabète insulino-dépendant, une hypothyroïdie substituée et une spondylodiscarthrose débutante sans radiculopathie ni myélopathie, et, sur le plan psychiatrique, un épisode dépressif léger et des troubles mixtes de la personnalité.

A/783/2015 - 22/26 - Leurs conclusions que ces affections somatiques n'impliquaient pas en elles-mêmes une incapacité de travail mais des limitations fonctionnelles au demeurant limitées (à savoir des horaires réguliers et l'absence de charges à porter supérieures à 5-8 kg de manière répétitive et de 10-15 kg de manière occasionnelle) apparaissent d'autant moins contestables que le diabétologue de la recourante a indiqué à l'experte coordinatrice de l'expertise que le diabète de la recourante ne justifiait pas d'incapacité de travail. La recourante n'a d'ailleurs pas produit de rapports médicaux remettant ces conclusions en question, sinon celui du 19 septembre 2014 de son médecin traitant, selon lequel les difficultés que posait l'insulino-dépendance de la recourante étaient sous-estimées. Sur ce

point, l'avis du médecin traitant ne peut se voir reconnaître une force probante suffisante pour mettre en doute l'appréciation des experts, conforté – comme déjà dit – par celle du médecin traitant spécialiste du problème diabétique de la recourante, au surplus d'autant plus que pour réelles qu'elles soient, les difficultés inhérentes à une insulino-dépendance n'apparaissent généralement pas incapacitantes. On ne voit pas non plus que les experts auraient émis une appréciation non fondée en retenant que les autres diagnostics posés concernant des affections physiques – à savoir une obstruction nasale chronique sur déviation septale sévère gauche et hypertrophie du cornet moyen droit, une fistule oro-antrale au niveau de la dent 16, une paradontose étendue, un glaucôme anamnestique, une furonculose récidivante secondaire des follicules sur rasage et un status après incision d'un abcès vulvo-péritonéal gauche – n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. S'agissant de la furonculose, la critique avancée par le médecin traitant de la recourante que les experts ont eu tort de ne pas lui reconnaître un caractère incapacitant est d'autant moins convaincante que cette affection apparaît liée à un épilage méthodique, fréquent et trop poussé laissant des cicatrices au niveau du pubis, des plis de l'aîne et du pli inter-fessier avec follicule, effectué au surplus sans prendre toutes précautions nécessaires. Sous la réserve déjà annoncée et reprise plus loin concernant la fibromyalgie, les conclusions arrêtées par les experts pour les affections psychiatriques de la recourante sont elles aussi motivées sérieusement. Les experts les ont identifiées différemment et estimées plus sévères que le Dr C _____ ne l'avait fait dans son expertise du 31 mai 2011. Même le médecin traitant de la recourante n'amène pas d'argument rendant vraisemblable que cette dernière aurait un état dépressif et/ou d'autres affections psychiques d'une gravité supérieure à celle qui sous-tend les diagnostics posés d'épisode dépressif léger et de troubles mixtes de la personnalité, étant rappelé que si le Dr B _____, au demeurant non psychiatre, a évoqué, en 2011, un état dépressif majeur et un burn out, cet état dépressif était maîtrisé et le burn out dépassé, en 2014, et que le Dr C _____, dans son expertise précitée, avait posé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, en rémission.

A/783/2015 - 23/26 -

E. 10

a. Les expert rhumatologues ont retenu que la recourante présentait 18 points sur 18 parlant en faveur d'une fibromyalgie, mais ils ont estimé que cette dernière n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Ils sont parvenus à cette conclusion pour l'essentiel en appliquant les critères jurisprudentiels prévalant au moment où ils ont rendu leur rapport d'expertise, fondés sur la présomption qu'à l'égal des troubles somatoformes douloureux, auxquels elle est assimilée (ATF 132 V 65 consid. 3 et 4.1), la fibromyalgie représentait une affection objectivement surmontable par un effort de volonté raisonnable et n'était donc en soi en principe pas invalidante. L'intimé a repris ce point de vue. b. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 141 V 281), il n'y a plus de présomption selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu

de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. b/aa. Les indicateurs relevant de la « gravité fonctionnelle » représentent l'instrument de base de l'analyse. Il faut s'attacher en premier lieu aux atteintes à la santé. Il s'agit d'examiner les éléments pertinents pour le diagnostic et voir si leur degré de gravité est rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante. Le succès du traitement et de la réadaptation ou la résistance à ces derniers sont des indicateurs importants pour apprécier le degré de gravité de la pathologie. La comorbidité psychiatrique ne joue plus un rôle prépondérant, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources ; il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux (en l'espèce de la fibromyalgie) avec l'ensemble des pathologies concomitantes ; un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, et doit être pris en considération dans l'approche globale. Il faut ensuite accorder une importance accrue au complexe de la personnalité de l'assuré, au développement et à la structure de sa personnalité, à ses fonctions psychiques fondamentales.

A/783/2015 - 24/26 - Il y a lieu également de recenser et évaluer ses ressources mobilisables. b/bb. Les déductions tirées des indicateurs précités doivent ensuite être soumises à un examen de cohérence au regard des indicateurs liés au comportement de l'assuré. Il s'agit d'examiner si ce dernier est limité de manière semblable par sa pathologie dans les divers domaines de sa vie, en particulier dans son activité professionnelle, l'exécution de ses travaux habituels et les autres activités (par exemple les loisirs), si possible en comparant le niveau d'activité sociale avant et après la survenance de l'atteinte à la santé. Il faut aussi s'intéresser à la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou négligés, pour déterminer le poids effectif de la souffrance, en veillant cependant à discerner le cas échéant si un refus ou une mauvaise acceptation d'un traitement recommandé est ou non une conséquence inévitable d'une anosognosie. c. Contrairement à l'avis de l'intimé sur ce point, la nouvelle jurisprudence sur les troubles somatoformes et affections psychosomatiques assimilées est applicable au cas d'espèce, dès lors que la décision de l'intimé n'a pas acquis force de chose décidée. Sans doute un changement de jurisprudence n'est-il un motif ni de révision, ni de reconsidération et ne déploie-t-il, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir (ATF 141 V 39 consid. 5 ; 119 V 413 consid. 3a et les références). Il ne s'agit toutefois pas ici de réviser ou reconsidérer une décision entrée en force, mais d'appliquer la nouvelle jurisprudence à un cas non tranché définitivement du fait qu'un recours a été interjeté en temps utile contre la décision rendue.

E. 11

a. En l'espèce, quoique 18 points sur 18 en faveur d'une fibromyalgie ont été recensés par l'experte rhumatologue, les experts apparaissent n'avoir guère reconnu de gravité à cette pathologie, par définition sans substrat organique, en considération du fait à cet égard non pertinent qu'elle était secondaire aux co-morbidités de la recourante. Il importe que les interactions entre les différentes affections dont souffre la recourante sur les plans somatique et psychique soient mieux appréhendées et que sa fibromyalgie, évaluée à son juste poids, s'intègre dans une approche globale de ses pathologies, notamment comme

facteur d'affaiblissement de ses ressources, à évaluer par ailleurs plus attentivement. À ce dernier égard – et d'autant plus qu'à défaut d'atteintes à la santé, la recourante travaillerait à 80 % (et non à 50 %) et donc qu'on ne saurait lui objecter que tant qu'elle a une capacité de travail de 50 %, elle n'a aucune incapacité de gain et qu'il n'y a pas lieu d'évoquer des mesures d'ordre professionnel –, il faut clarifier la question (voire dissiper la contradiction paraissant l'entourer dans le rapport d'expertise) d'un accroissement de ressources que la recourante pourrait tirer d'un programme de réentraînement au travail, voire de mesures de réadaptation professionnelle. Il s'agit aussi de pousser plus loin l'examen de cohérence des indicateurs déduits de la « gravité fonctionnelle » au regard de ceux liés au

A/783/2015 - 25/26 - comportement de la recourante dans les divers domaines de sa vie, y compris de ses travaux habituels (autrement dits de ses tâches ménagères). Il s'impose donc que l'expertise pluridisciplinaire ayant servi de base à la prise de la décision attaquée soit complétée dans ce sens. b. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour mise en œuvre d'un complément d'expertise est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise administrative ou de demander un complément à l'expert, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (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 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). En l'occurrence, rien n'apparaît s'opposer à ce que les experts du BEM de Vevey ayant rendu le rapport d'expertise précité soient appelés à compléter leur appréciation de ce cas, et au besoin leurs investigations, dès lors qu'ils n'ont pas manifesté de prévention à l'endroit de la recourante et qu'ils ne pouvaient anticiper le changement de jurisprudence fondant la position qu'adopte la chambre de céans. L'intimé reste néanmoins libre de mandater d'autres experts s'il l'estime plus opportun.

E. 12

Le recours doit donc être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). * * * * *

A/783/2015 - 26/26 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.