

GE_GERICHTE ATAS/403/2013 vom 29. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_403_2013

FR: GE_GERICHTE ATAS/403/2013 du 29 avril 2013

IT: GE_GERICHTE ATAS/403/2013 del 29 aprile 2013

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; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits pertinents remontant à janvier 2009, le droit éventuel aux prestations dès le mois de janvier 2010 doit être examiné au regard des modifications de la LAI relatives à la 5ème révision de la LAI pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et après le 1er janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, se pose la question du respect dudit délai, et partant, de la recevabilité du recours.

A/322/2012 - 15/27 - En effet, la première décision faisait état, comme motivation de l'incapacité de travail à 20% à l'échéance du délai de carence, du fait que «l'examen SMR du 10.12.2010 [avait] retenu une capacité de travail exigible et non une capacité affective non justifiée médicalement». La seconde version, reçue par la recourante le 20 décembre 2011, contenait quant à elle la référence au fait que «l'examen SMR du 10.12.2010 [avait] retenu une capacité de travail exigible et non une incapacité effective non justifiée médicalement». Il faut donc s'interroger sur la nature et la portée de la modification opérée par l'intimé. Certes, il est vrai que de prime abord, seuls deux mots ont été légèrement modifiés. Néanmoins, il convient de rappeler ici que lors de la réception du projet de décision du 29 mars 2011 déjà, la recourante avait signalé à l'intimé qu'elle ne comprenait pas sa manière de calculer ses incapacités de travail, qui semblaient inexactes, et qu'elle n'avait notamment jamais eu un taux d'incapacité de 20% dès le 20 novembre 2009. Elle avait sollicité, à cette époque, des explications sur la manière de calculer, ou une modification du projet de décision. Les explications qui contenaient la référence erronée dans la décision reçue le 9 décembre 2011 visaient précisément à expliciter ce point. Elles étaient donc essentielles pour la compréhension, par la recourante, des éléments ayant motivé la décision litigieuse. Partant, en vertu du principe général qui veut qu'une autorité doit motiver sa décision de façon à permettre à la personne touchée par cette dernière d'exercer utilement ses droits de recours (ATF 125 II 372 consid. 2c), il faut considérer que l'erreur de l'intimé touchait à une partie essentielle de la décision, et qu'il ne lui était pas possible, sur la base de celle notifiée le 9 décembre 2011, d'exercer utilement ses droits de recours. De ce fait, il faut admettre que le délai de recours a commencé à courir le 21 décembre 2011 (art. 38 al. 1 LPGA), lors de la réception de la décision corrigée, et que le recours a été introduit dans les délais, compte tenu de la suspension de ces derniers du 18 décembre 2011 au 2 janvier 2012 en vertu de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA.

E. 5

Enfin, le recours remplit enfin les exigences de forme (art. 61 let. b LPGA). Partant, il est recevable.

E. 6

La décision querellée a statué sur deux rapports juridiques bien distincts, à savoir, d'une part, le droit à une rente d'invalidité et, d'autre part, le droit à des mesures d'ordre professionnel. Le recours formé par la recourante ne porte toutefois que sur la question du droit à la rente, à l'exclusion de celle du droit à des mesures d'ordre professionnel. Dans la mesure où la décision litigieuse n'a pas été attaquée sur ce second point, elle est entrée en force et la Cour ne peut examiner cette question de son propre chef sous peine de violer le droit fédéral (ATF non publié 9C_406/2012 du 18 septembre 2012, consid. 3; ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2).

A/322/2012 - 16/27 - L'objet du litige portera donc exclusivement sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail, son degré d'invalidité et son statut.

E. 7

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). 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; ATF non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATF non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

A/322/2012 - 17/27 -

E. 8

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 9

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000, p. 268). 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. A 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). 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 10

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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid.

3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 11

Il convient en premier lieu de se prononcer sur la capacité de travail de la recourante. a) Les incapacités de travail telles qu'attestées par l'ensemble des médecins ne sont pas contestées par l'intimé pour la période du 22 janvier 2009 au 11 novembre 2009. La première divergence d'appréciation de cette question apparaît à compter du 11 novembre 2009, date de l'examen de la recourante par le Dr F _____, expert mandaté par l'assureur LAA.

A/322/2012 - 19/27 - b) Dans son rapport du 19 janvier 2010, le Dr F _____ a diagnostiqué une contusion-fissuration de l'aileron sacré droit, une anomalie de transition unilatérale droit L5-S1 avec pseudarthrose et protrusion discale L4-L5, et des lombalgies chroniques. Sur la base du dossier et de son examen clinique, il a répondu, à la question de savoir comment il jugeait l'incapacité de travail de la recourante résultant de l'accident du 7 janvier 2009 dans l'activité professionnelle exercée par cette dernière, que l'arrêt de travail de la recourante - à cette époque de 100% - était toujours justifié. Dans son rapport du 7 février 2011 consécutif à l'examen clinique rhumatologique du 10 décembre 2010, le médecin du SMR a quant à lui diagnostiqué des lombosciatalgies droites chroniques, non déficitaires, dans un contexte de status post fracture longitudinale de l'aileron sacré droit traitée conservativement, dysfonction sacro-iliaque droit secondaire, et dans le cadre d'une protrusion discale médiane en L4-L5, inflammation débutante des plateaux vertébraux. Il a procédé à une discussion de son propre examen clinique et du dossier, et a considéré que la contusion-fissuration de l'aileron sacré droit et la dysfonction articulaire secondaire sacro-iliaque droite justifiait une incapacité de travail limitée dans le temps, mais pas une incapacité à bientôt deux ans (à la date de son rapport). Il s'est néanmoins basé sur les constatations du Dr F _____, datant de plus d'une année auparavant, pour apprécier la capacité de travail de la recourante, indiquant que ces mêmes constatations cliniques étaient compatibles avec la reprise de l'activité professionnelle, et que la recourante avait recouvré, à la date de l'examen effectué par le Dr F _____ le 11 novembre 2009, une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 20% dans l'activité physiquement légère de secrétaire, à savoir son activité habituelle. La capacité de travail exigible était donc de 80% dans l'activité habituelle et dans toute activité adaptée, ainsi que dans l'activité de ménagère, depuis la mi-novembre 2009. Il convient donc de déterminer si le rapport de l'expert LAA doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Dans l'affirmative, il conviendra d'examiner si les arguments du SMR sont propres à mettre en doute les conclusions de ce dernier. A la lecture du rapport du Dr F _____, il apparaît que ce dernier a relevé, de manière précise et détaillée, l'anamnèse de la recourante - tant selon les dires de cette dernière que selon ce qui ressortait du dossier -, ses plaintes et antécédents personnels, ainsi que les éléments mis en évidence dans les examens radiographiques auxquels elle s'était soumise. Il a décrit de manière claire et non contradictoire ses constatations objectives lors de l'examen clinique. Le diagnostic posé est clair et explicite. Il s'est également prononcé de manière précise et non équivoque sur la capacité de travail de la recourante. De plus, les conclusions du Dr F _____ rejoignent celles des médecins traitants de la recourante et du médecin-conseil de l'Office du personnel de l'état,

A/322/2012 - 20/27 - qui encore une semaine avant l'expertise du 11 novembre 2009, reconnaissaient une incapacité totale de la recourante dans son activité habituelle, incapacité non contestée par le SMR. Or, ce même médecin-conseil considérait, trois semaines après l'expertise du Dr F _____, que la recourante restait en incapacité de travail à 100% pour une durée indéterminée. Ainsi, seul le médecin du SMR est parvenu à la conclusion qu'à la date de l'expertise du Dr. F _____, le 11 novembre 2009, la recourante était pleinement capable de travailler, sous réserve d'une diminution de rendement de 20%. Pour ce faire, il s'est basé sur les constatations cliniques décrites par le Dr F _____ et en a tiré des conclusions différentes. La Cour considèrera donc qu'il s'agit uniquement d'une appréciation différente des mêmes faits, qui n'est pas suffisante en soi pour renverser les conclusions du Dr F _____, ce d'autant plus que le médecin du SMR s'est livré rétrospectivement à une appréciation de la capacité de travail de la recourante plus d'une année auparavant. En tout état de cause, l'argument de l'intimé selon lequel le Dr F _____ ne s'est pas prononcé sur la capacité de travail exigible de la recourante dans une activité adaptée n'est pas relevant. En effet, dans la mesure où l'incapacité de travail totale de la recourante a débuté le 7 janvier 2009, le délai de carence d'une année au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI était toujours en train de courir à la date de l'expertise effectuée par le Dr F _____. Or, durant cette période, pour déterminer l'incapacité de travail, il n'y a pas lieu de se référer, comme dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité, à l'ensemble du marché du travail et au devoir de l'assuré de réduire le dommage, mais uniquement à la baisse de rendement dans la profession qu'il exerçait et qui a donné lieu, sur la base des constatations médicales, à l'incapacité de travail déterminant le début de la période de carence. L'incapacité de travail au sens de l'art. 28 al. 1 let. b LAI correspond donc, chez les personnes qui exercent une activité lucrative, aux empêchements médicalement constatés dans la profession qu'elles exerçaient jusqu'alors (ATF 130 V 97 consid. 3.2). C'est précisément ce qu'a fait le Dr F _____. De toute manière, le médecin du SMR a lui-même considéré que l'activité habituelle de secrétaire de la recourante était une activité adaptée et que sa capacité de travail dans ce cadre était de 80%. Ainsi, l'exigibilité dans une activité adaptée correspond, en l'espèce, à celle se rapportant à l'activité habituelle. Partant, la Cour attribue pleine valeur probante à l'expertise du Dr F _____, les objections du SMR n'étant pas de nature à la remettre en cause. Elle retiendra donc que la capacité de travail de la recourante était nulle le 11 octobre 2009. c) Il s'agit à présent de déterminer comment cette capacité a évolué depuis cette date jusqu'à la décision litigieuse.

A/322/2012 - 21/27 - c.a) La première indication d'un changement dans l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail apparaît dans le rapport du 6 avril 2010 du Dr G _____. En effet, ce dernier a indiqué à cette occasion qu'au 30 mars 2010, la symptomatologie douloureuse au niveau du membre inférieur droit avait très fortement régressé et que l'évolution de la recourante était donc très nettement favorable. Il avait discuté, avec cette dernière, de la possibilité qu'elle reprenne son activité professionnelle à 50% de son taux usuel de 75%, dès le 12 avril 2010. Quand bien même, la recourante n'a repris le travail à hauteur de quinze heures par semaines (soit le 50% de son 75%) que le 3 mai 2010, rien ne justifie de s'écarter de l'avis du médecin traitant, ce d'autant moins qu'il aurait plutôt tendance, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci, en conformité avec la jurisprudence rappelée ci-dessus. Partant, il sera retenu que dès le 12 avril 2010, la recourante bénéficiait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle. c.b) La recourante a repris le travail

dès le 3 mai 2010 et ce, jusqu'au 29 juin 2010, puis du 12 juillet au 21 juillet 2010, les deux fois à 50% de son 75%. En dehors de ces périodes, son médecin traitant a maintenu l'incapacité totale de travailler de sa patiente. Or, rien dans le dossier ne permet de conclure que l'état de santé de la recourante se serait aggravé depuis le rapport susmentionné du Dr G_____. Au contraire, il ressort du rapport du médecin du SMR du 7 février 2011 faisant suite à l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010 que l'état de santé de cette dernière a continué de s'améliorer. Il est vrai que la Cour de céans n'a pas suivi les conclusions de ce document en tant qu'elles se rapportaient à l'appréciation rétrospective de la capacité de travail de la recourante, pour les raisons déjà exposées plus haut. Il n'en demeure pas moins que ce rapport doit se voir reconnaître une valeur probante en ce qui concerne ses conclusions sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle à compter de l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010. En effet, conformément aux exigences de la jurisprudence, il contient un résumé du dossier, une anamnèse professionnelle, par système et psychosociale, un rappel des antécédents familiaux et personnels, un descriptif des plaintes actuelles, un descriptif du status général, neurologique, ostéoarticulaire et un descriptif des éléments ressortant des examens radiologiques. Le diagnostic posé est clair et motivé en référence avec les pièces du dossier et les constatations cliniques.

A/322/2012 - 22/27 - Par ailleurs, aucun autre élément du dossier mis à part les certificats médicaux du Dr B_____ - qui ne comportent aucun diagnostic ni aucune motivation de l'incapacité totale de travailler de la recourante, et n'ont donc aucune valeur probante - ne va à l'encontre des conclusions du Dr I_____. Au contraire, le rapport de ce dernier s'inscrit dans la continuité de celui du Dr G_____, ce d'autant plus que postérieurement audit rapport, la recourante a continué de bénéficier de séances de physiothérapies, qui avaient précédemment été à l'origine de l'amélioration de son état de santé. Par conséquent, la Cour de céans suivra les conclusions du Dr I_____ et considérera qu'à compter de l'examen rhumatologique, soit dès le 10 décembre 2010, la recourante était capable de travailler dans son activité habituelle à hauteur de 80%. c.c) La recourante a à nouveau repris le travail à 50% de son 75% du 10 janvier au 17 février 2011, puis a été mise en arrêt de travail complet depuis cette date jusqu'au prononcé de la décision litigieuse. Or, rien dans le dossier ne permet de conclure à une aggravation de l'état de santé de la recourante depuis l'examen rhumatologique du 10 décembre 2010, même si: 1) En janvier 2012, dans un rapport non daté, le Dr L_____ a constaté une discrédence dans les taux d'incapacité notés et a été surpris de l'établissement de la capacité résiduelle par le SMR. Ce document ne pose aucun diagnostic, ne contient aucune indication de date, ni aucune appréciation de la capacité de travail. Il n'a donc aucune portée pour la présente cause. 2) La Dresse J_____ a invoqué, le 1er février 2011, un syndrome douloureux chronique. En effet, contrairement aux exigences de la jurisprudence mentionnée plus haut, elle n'est pas psychiatre. De plus, elle n'est arrivée à aucune conclusion quant à l'impact éventuel sur la capacité de travail de la recourante. La recourante ne peut donc tirer argument de ce document. 3) Le 16 février 2011, le Dr N_____ a également relevé la persistance d'un syndrome algique qui devenait chronique. Outre le fait que le médecin semble plutôt rapporter les plaintes de sa patiente que poser un diagnostic propre, la même remarque que ci-dessus prévaut quant à la spécialisation du médecin. De plus, s'agissant de la capacité de travail de la recourante, il n'a pas effectué une appréciation personnelle mais s'est contenté de constater, également dans le cadre d'un rappel des plaintes de la recourante, une difficulté de reprise du travail supérieure à 50%. La même conclusion que ci-dessus

s'impose donc. 4) Le 18 février 2011, la Dresse J_____ a souligné la situation professionnelle tendue de la recourante, qui s'était montrée agressive verbalement, cynique, revendicatrice, avec une interprétation et une lecture négative

A/322/2012 - 23/27 - systématique de tout ce qui était fait vis-à-vis d'elle, ainsi que la détresse et la fatigue extrême de cette dernière. Elle n'a néanmoins posé aucun diagnostic, pas plus qu'elle ne s'est positionnée quant à la capacité de travail de cette dernière, si ce n'est en indiquant de manière très générale que la recourante n'avait pas un état de santé lui permettant de reprendre actuellement une quelconque activité régulière, ce qui n'est pas suffisant. Ici aussi, la recourante ne peut tirer aucun argument de ce document. Au contraire, les constatations faites par le Dr M_____ lors de l'IRM du rachis lombaire et de la jonction lombo-sacrée du 27 janvier 2011 mettent en évidence l'absence de péjoration de ces derniers par rapport à l'examen du 24 septembre 2009. c.d) Enfin, s'agissant des deux rapports produits par la recourante à l'occasion de la procédure de recours, ni l'un ni l'autre ne peuvent avoir une quelconque portée s'agissant de l'appréciation de sa capacité de travail: 1) En effet, le rapport du Dr P_____ du 1er février 2012 a été établi postérieurement à la décision litigieuse. De plus, le médecin s'est livré à un pronostic de reprise future du travail à 50% sans indication de date, mais en tous les cas postérieurement à la décision litigieuse. Or, il sied de rappeler ici que selon la jurisprudence, le juge apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 121 V 366 consid. 1b; ATF 116 V 248 consid. 1a). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 293 consid. 4; ATF non publié I 392/03 du 25 août 2003). 2) Le rapport de la Dresse Q_____ a également été établi le 21 mai 2012, soit postérieurement à la décision litigieuse. Dans la mesure où elle a suivi la recourante depuis le 4 février 2011, le diagnostic posé peut être pris en considération, contrairement à l'appréciation de la capacité de travail qui ne concerne que la période postérieure à la décision litigieuse, ce qui a pour conséquence que la recourante ne peut en tirer aucun argument. En tout état de cause, il sied de relever que ce rapport fait état d'une amélioration de l'état de santé de la recourante, dans la mesure où les douleurs sur le trajet sciatique à droite ont été résolues. De plus, le diagnostic posé de trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive n'est accompagné d'aucune évaluation de la sévérité de ce trouble et de l'impact éventuel sur la capacité de travail de la recourante durant la période antérieure à la décision litigieuse. Enfin, il faut souligner que la recourante, en précisant que l'origine de ses douleurs est physiologique et ne doit pas être recherchée dans un trouble psychique, même partiel, ne souhaite tirer aucun argument dudit rapport.

A/322/2012 - 24/27 - e) Partant, la Cour de céans conclura, sur la base de ce qui précède, que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle a évolué comme suit: - 0% du 22 janvier 2009 au 11 avril 2010; - 50% du 12 avril 2010 au 9 décembre 2010; - 80% du 10 décembre 2010 au 8 décembre 2011; Au vu de ce qui précède et conformément à la jurisprudence suscitée, les éléments du dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause, si bien qu'une expertise s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante.

E. 12

Il convient à présent de déterminer le degré d'invalidité de la recourante et son droit à une rente, en fonction des diverses périodes d'incapacité de travail. Préalablement se pose

toutefois la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à la recourante un statut mixte de personne active à 75% seulement. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPG), 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 personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). 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

A/322/2012 - 25/27 - assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3; ATF 125 V 146 consid. 2c et les références). Pour fixer la méthode d'évaluation de l'invalidité, l'activité exercée avant la survenance de l'invalidité n'est pas à elle seule déterminante, même si, selon la jurisprudence, il convient d'accorder un poids important à cette circonstance. Ainsi, par exemple, le fait qu'avant la survenance de l'invalidité, une personne s'occupait prioritairement ou dans une grande mesure du ménage ne permet pas de conclure automatiquement qu'elle aurait continué de le faire à l'avenir (ATF non publié I 629/05 du 16 mars 2006, consid. 4.2.2; ATF non publié I 266/05 du 11 avril 2006, consid. 4; ATF non publié I 449/05 du 14 décembre 2005, consid. 3.2.2). b) En l'espèce, il ressort du dossier que depuis le 20 décembre 2003, la recourante a travaillé, de manière continue depuis fin 2003 à temps partiel: d'abord à 50% du 20 décembre 2003 au 31 janvier 2007, puis à 75% dès le 1er février 2007. Par ailleurs, la recourante n'a pas contesté le statut mixte qui a été retenu par le SMR. Le statut mixte de la recourante sera donc admis, à concurrence de 75% pour la sphère professionnelle, et 25% pour la sphère ménagère. c) Néanmoins, il faut relever que seul le médecin du SMR s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans la sphère ménagère, concluant à une capacité de 80% dès la date de l'expertise LAA du 11 novembre 2009. Or, dans la mesure où il n'a nullement motivé son appréciation, cette dernière n'a pas de valeur probante sur ce point. Par ailleurs, aucune enquête ménagère n'a été diligentée afin de déterminer l'empêchement effectif de la recourante dans le même cadre postérieurement à l'échéance du délai de carence et son évolution jusqu'à la décision litigieuse. Il faut donc considérer qu'il n'est pas possible à la Cour de trancher en toute connaissance de cause la question de l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère sur la base du dossier. Lorsque le juge cantonal estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés : soit renvoyer la cause à

l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (DTA 2001 p. 169). Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de la rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p.

A/322/2012 - 26/27 - 136; RAMA 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210137 V 210). Dans le cas d'espèce, bien qu'il n'apparaisse pas que les faits aient été constatés de manière sommaire dans l'idée que la Cour les éclaircirait, le dossier est incomplet. Il s'en suit qu'il se justifie de renvoyer le dossier à l'intimé, ce d'autant plus qu'une telle solution s'impose également afin de ne pas priver la recourante d'un degré de juridiction.

E. 13

Le recours sera donc partiellement admis, la décision du 8 décembre 2011 sera annulée, et le dossier renvoyé à l'intimé, afin: - qu'il mette en œuvre une instruction visant à apprécier l'empêchement de la recourante dans la sphère ménagère et les éventuelles fluctuations de cet empêchement depuis le début du délai de carence jusqu'à la décision du 8 décembre 2011; - cela fait, qu'il procède à un calcul du degré d'invalidité, avant de rendre une nouvelle décision. La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr. La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe à 1'500 fr. (art. 1 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA).

A/322/2012 - 27/27 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES
SOCIALES : Statuant A la forme :

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