

GE_GERICHTE ATAS/429/2015 vom 16. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-16, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_429_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/429/2015 du 16 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/429/2015 del 16 giugno 2015

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/GE 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 respectivement le 1er janvier 2004, 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, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 14 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI susmentionnées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le délai pour recourir contre la décision attaquée, notifiée le 17 octobre 2014, est arrivé à échéance le dimanche 16 novembre 2014, de sorte qu'il a été reporté au 17 novembre 2014 (art. 38 al. 3 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est

recevable (art. 56ss LPGGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA ; RSG E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, singulièrement sur son degré d'invalidité.

A/3506/2014 - 13/22 -

E. 6

a. 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. 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 LPGGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGGA, 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b. 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 LPGGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 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).

A/3506/2014 - 14/22 -

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'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. A 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

A/3506/2014 - 15/22 - du Tribunal fédéral des assurances 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).

E. 8

Pour les personnes qui exercent partiellement une activité lucrative et se consacrent en outre à leurs travaux habituels, tel que le ménage, il sied d'appliquer la méthode mixte pour établir le degré d'invalidité. La perte de gain dans l'activité lucrative est évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus. S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

E. 9

A teneur de l'art. 16 LPGA, 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier

A/3506/2014 - 16/22 - (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité, catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

E. 10

a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Selon la jurisprudence, 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 y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste 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 et 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 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 et ATF 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé ; elle

A/3506/2014 - 17/22 - doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF

133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Lorsqu'il s'agit d'évaluer la capacité d'un assuré à accomplir des tâches ménagères, un empêchement ne peut être pris en compte que si ledit assuré ne parvient plus à exécuter la tâche en question et si cette tâche doit être confiée à des tiers rétribués ou à des proches qui enregistrent de ce fait une perte de gain ou pour lesquels cela représente une charge disproportionnée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 518/2004 du 25 novembre 2005, consid. 4). Il convient donc d'examiner dans chaque cas si la personne est encore en mesure d'exécuter la tâche en question et, dans la négative, si une tierce personne rétribuée ou un de ses proches s'en occupe.

E. 11

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 raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier.

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe

A/3506/2014 - 18/22 - 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 serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 12

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 13

En l'espèce, la recourante ne conteste ni l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, ni la proportion respectueuse entre les activités lucratives et ménagères, mais remet en cause les taux d'invalidité retenus dans les deux sphères.

E. 14

a. En ce qui concerne la part professionnelle, il est rappelé que la décision querrellée est fondée sur les conclusions du rapport du CEMed du 24 février 2014, à savoir que la recourante ne peut plus exercer sa profession habituelle en raison de ses atteintes ostéoarticulaires, mais conserve une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Les experts ont considéré que le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité légère à moyenne n'avait aucune influence sur la capacité de travail, ajoutant qu'ils ne pouvaient pas retenir le diagnostic de dépression sévère en raison de l'hygiène soignée, de l'absence de troubles cognitifs, de ruminations, de labilité émotionnelle et d'irritabilité, mais également du fait que la recourante n'avait qu'un entretien psychothérapeutique par mois et ne semblait plus avoir besoin d'un traitement anxiolytique et antidépresseur puisqu'elle ne prenait que du Valverde, très léger, depuis un mois.

A/3506/2014 - 19/22 -

b. La recourante ne s'oppose pas à l'appréciation de l'intimé en ce qui concerne ses troubles somatiques, mais conteste les conclusions des experts du CEMed relatives au volet psychique. Elle produit à cet égard un rapport de la Dresse I_____ attestant que le traitement antidépresseur a été interrompu brièvement à l'époque de l'expertise, soit en janvier et février 2014, mais qu'il a été réintroduit en mars 2014 et est toujours prescrit (rapport du 19 novembre 2014).

Force est de constater que les précisions apportées par la Dresse I_____ sont suffisamment pertinentes pour remettre en cause l'évaluation des experts concernant le degré de gravité de l'état dépressif et ses éventuelles répercussions sur la capacité de travail de la recourante. En effet, il appert que les conclusions des experts, lesquels sont partis du principe que l'état psychique de la recourante ne requerrait plus de traitement anxiolytique et antidépresseur, sont fondées sur des prémisses en partie inexactes.

Au surplus, il sied de relever que le diagnostic psychique retenu est insuffisamment motivé. Il n'a en particulier pas été confronté aux critères de la CIM-10 (Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} édition, OMS) ou DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux), et les experts n'ont pas précisé quelle description des symptômes correspondait à un état dépressif léger ou majeur.

La chambre de céans rappellera encore que la psychiatre traitante de la recourante a retenu l'existence d'un trouble dépressif récurrent existant depuis 1997 (rapport de la Dresse I_____ du 6 avril 2011), lequel a été qualifié de moyen en automne 2010 et a alors nécessité l'augmentation du traitement antidépresseur (rapport du 4 janvier 2011 de la clinique genevoise de Montana). D'autres médecins, certes non spécialistes en psychiatrie ou psychothérapie, ont également relevé que l'état psychique de la recourante avait une influence sur sa capacité de travail (rapports du Dr E_____ du 16 février 2011, de la Dresse H_____ du 4 avril 2011), qu'il s'était aggravé (rapport du Dr G_____ du 7 janvier 2013), et empêchait la recourante de suivre un programme de réhabilitation (rapports du Dr F_____ des 11 mars 2011 et 8 février 2013).

Partant, les conclusions du rapport d'expertise relatives au volet psychique ne permettent pas d'admettre ou d'exclure l'existence d'une maladie ayant des répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

E. 15

a. Pour les travaux habituels, l'intimé s'est référé aux conclusions de l'enquête économique sur le ménage réalisée en août 2012 au domicile de la recourante, document fixant l'empêchement total pondéré à 14,5%.

La recourante ne conteste pas la pondération des différents champs d'activité, mais uniquement l'appréciation de son incapacité d'effectuer les tâches en question. Elle s'étonne en particulier du fait que le taux d'empêchement retenu diverge significativement de l'incapacité totale d'exercer son ancienne profession sur le plan médical.

A/3506/2014 - 20/22 -

b. La chambre de céans rappellera préalablement à l'attention de la recourante que le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de juger qu'une activité de nettoyeuse professionnelle ou de femme de ménage ne saurait être comparée à la tenue du foyer familial qui recouvre nombre d'activités sans exigence physique particulière (planification, organisation, répartition du travail, contrôle) ou dont les exigences dépendent directement de la taille du ménage et du nombre de ses occupants (préparation des repas, entretien du linge, emplettes etc.). La tenue d'un ménage privé permet, par ailleurs, des adaptations de l'activité aux problèmes physiques qui ne sont pas nécessairement compatibles avec les exigences de rendement propres à l'exercice similaire dans un contexte professionnel (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 593/03 du 13 avril 2005 consid. 5.3).

Cela étant, le rapport d'enquête est critiquable à plusieurs égards.

Tout d'abord, il ne mentionne pas toutes les restrictions résultant des diagnostics médicaux. Il est rappelé que le Dr K_____ avait retenu que l'atteinte au genou justifiait une limitation dans les positions debout statiques (plus d'une demi-heure), dans les activités nécessitant de monter ou descendre des escaliers, et que les troubles empêchaient l'agenouillement ou l'accroupissement du membre inférieur droit. L'atteinte lombaire quant à elle justifiait une limitation des ports de charges de plus de 10 kg de façon répétée, les positions debout le tronc penché en avant de façon prolongée, ainsi que les mouvements répétitifs du tronc en flexion ou extension. Or, le rapport d'enquête ne se réfère qu'aux limitations fonctionnelles en lien avec les troubles lombaires (alternance des positions assise et debout, pas de position penchée en avant, pas port de charges, pas de mouvement brusque du tronc en avant), sans citer les restrictions dues à la gonarthrose tricompartmentale.

De plus, le résultat des observations effectuées n'est pas suffisamment détaillé et manque de motivation.

A titre d'exemple, pour le poste lié à l'alimentation, l'enquêtrice a décrit la situation actuelle, sans la comparer à celle qui prévalait avant les atteintes à la santé. Savoir que la recourante cuisine des repas « plus simples », achète souvent des mets préparés, n'invite plus et mange fréquemment chez sa sœur, ne permet pas d'évaluer l'empêchement correspondant à ce poste, faute de connaître à quelles tâches ou activités la recourante a dû renoncer en raison de ses problèmes de santé.

Il en va de même pour les emplettes et courses diverses, poste pour lequel l'intimé n'a retenu aucun empêchement. La recourante, limitée dans le périmètre de marche et le port de charge, ne fait que les petits achats quotidiens, son mari s'occupant des courses plus importantes, mais aucune indication n'est donnée concernant la répartition antérieure entre les conjoints. En outre, il ressort de l'enquête que certaines tâches ne sont tout simplement plus accomplies, à l'instar des grands nettoyages (des placards, des boiseries des portes et des fenêtres), ou confiées à des tiers non rémunérés (nettoyage des vitres par la sœur), sans qu'il soit précisé si les restrictions ostéoarticulaires contre-indiquent

A/3506/2014 - 21/22 - effectivement ces activités et si l'enquêtrice retient qu'il incombe à l'époux de la recourante de s'en charger à sa place.

La chambre de céans relève également qu'aucun empêchement n'est retenu en ce qui concerne le poste « divers », et ce sans aucune explication.

Enfin, les seules indications fournies au sujet du mari de la recourante sont qu'il est né en 1965, est chauffeur de profession, et « ne rentre pas » pour les repas. En particulier, l'enquêtrice n'a pas indiqué si cette dernière annotation concernaient les repas de midi ou également ceux du soir, si le mari de la recourante travaillait à temps complet ou à temps partiel, s'il était en bonne santé habituelle. En outre, aucune information n'est apportée concernant sa participation antérieure aux courses diverses ou à la préparation des repas. La chambre de céans n'est donc pas en mesure de se prononcer définitivement sur l'exigibilité qui peut être mise à la charge du mari de la recourante.

Compte tenu de tout ce qui précède, le rapport d'enquête ménagère ne se révèle pas probant et les degrés d'empêchement pondéré et d'invalidité ne peuvent être confirmés.

E. 16

En conclusion, la chambre de céans considère que l'instruction du dossier est incomplète. Elle annulera la décision attaquée et renverra le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il incombe à l'intimé de requérir un complément d'instruction sur le plan psychiatrique auprès des experts du CEMed, afin que ceux-ci se déterminent à nouveau à la lumière du rapport de la Dresse I _____ du 19 novembre 2014 et motivent leurs conclusions quant au diagnostic, à son degré de gravité et ses répercussions sur la capacité de travail de la recourante.

Il revient également à l'intimé de solliciter une nouvelle enquête économique sur le ménage, laquelle devra tenir compte de toutes les limitations fonctionnelles, dont celles résultant d'une éventuelle atteinte à la santé psychique, et mentionner clairement quelles sont les tâches que la recourante ne peut plus réaliser à cause de ses problèmes de santé, et s'il incombe à son époux de s'en charger, cas échéant dans quelle mesure.

E. 17

La recourante, représentée par un conseil, obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui est octroyée à titre de dépens, à la charge de l'intimé (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

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

A/3506/2014 - 22/22 - 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.