

GE_GERICHTE ATAS/481/2020 vom 15. Juni 2020

GE Cour de justice, 2020-06-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_481_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/481/2020 du 15 juin 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/481/2020 del 15 giugno 2020

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), 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

À 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

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 7ème jour avant Pâques au 7ème jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et art. 89C let. a LPA), le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations, plus particulièrement à la rente, de l'assurance-invalidité, singulièrement sur la question de savoir si c'est à juste titre qu'après être entré en matière sur la nouvelle demande de prestations présentée le 27 septembre 2017, l'OAI a rejeté la seconde demande, considérant

A/1774/2019 - 12/24 - qu'il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis la précédente décision du 27 janvier 2017 par laquelle il avait nié le droit de la recourante à une rente, en raison d'un degré d'invalidité insuffisant.

E. 5

a. Lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision entrée en force,

d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans rendre plausible une modification des faits déterminants (ATF 133 V 108 consid. 5.2, 130 V 64 consid. 5.2.3 et 117 V 198 consid. 4b et les références citées). À cet égard, une appréciation différente de la même situation médicale ne permet pas encore de conclure à l'existence d'une aggravation (ATF 112 V 371 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_748/2013 du 10 février 2014, consid. 4.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 716/2003 du 9 août 2004, consid. 4.1). Les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 5.3.1). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2). b. Le fait que l'administration procède d'elle-même à des investigations supplémentaires ne signifie pas encore qu'elle soit entrée en matière (cf. parmi d'autres les arrêts du Tribunal 8C_531/2013 du 10 juin 2014 consid. 4.2.4 et 8C_844/2012 du 5 juin 2013 consid. 2.1 et les références). En revanche, dans un arrêt du 14 juin 2017, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'administration souhaite connaître l'avis du SMR quant à l'existence d'une éventuelle péjoration mais que celui-ci estime ne pas être en mesure de se prononcer sur la base des documents déposés à l'appui de la nouvelle demande de prestations et entend encore obtenir des précisions de la part des médecins traitants, il fait clairement état de doutes quant au caractère plausible d'une détérioration de la situation.

A/1774/2019 - 13/24 - Cependant si le SMR recommande néanmoins de poursuivre l'instruction de la cause en recueillant les avis des différents médecins traitants sur la base desquels il admet ensuite de façon explicite qu'il y a pas de modification de l'état de santé, il s'agit d'une conclusion qui porte sur l'existence - en soi - de l'aggravation et non sur sa plausibilité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c. En l'espèce, l'OAI est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, pour en définitive la rejeter, faute d'aggravation de l'état de santé, de sorte que la question de l'entrée en matière n'est pas litigieuse; le contrôle par l'autorité judiciaire n'est donc pas nécessaire (ATF 109 V 108 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral 9C_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.2).

E. 6

a. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la

prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b). b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3;

A/1774/2019 - 14/24 - ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). c. En l'espèce, le point de départ temporel est bien la décision du 27 janvier 2017, entrée en force après le retrait du recours que l'assurée avait interjeté à son encontre (voir ci-dessus En fait ad ch.4 [ATAS/414/2017 du 29 mai 2017]). d. À juste titre, la recourante ne soutient pas que les conditions d'une reconsidération ou d'une révision procédurale seraient réunies en l'espèce.

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 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGa et art. 28 al. 2 LAI). 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

A/1774/2019 - 15/24 - 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 8

a. 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 malade, 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 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 et 141 V 281 consid. 2.2 et 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C_841/2016 du 30 novembre 2017 consid. 4.5.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une

rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques, y compris troubles dépressifs de degré léger ou moyen (ATF 143 V 409)

A/1774/2019 - 16/24 - consid. 4.5.1). En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. b. 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). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources).

E. 9

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration - respectivement d'une détérioration - de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. a. 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

A/1774/2019 - 17/24 - 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). b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés

A/1774/2019 - 18/24 - 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. 10

En l'espèce, on rappellera que l'intimé est entré en matière sur la nouvelle demande de prestations, notamment en raison du fait que l'examen du dossier, à ce stade-là, repose sur des exigences moindres (la plausibilité d'une aggravation de l'état de santé ne posant pas encore l'exigence usuelle en matière d'assurances sociales de vraisemblance prépondérante). Ce degré d'exigence doit en revanche être atteint, lorsque l'OAI, étant entré en matière, procède à l'instruction proprement dite de la demande. Or, dans ce contexte, il y a lieu de tenir compte du temps qui s'est écoulé entre la nouvelle demande et la dernière décision

entrée en force, respectivement les circonstances générales du cas particulier. Il convient dès lors de garder à l'esprit le point de départ de la comparaison de l'évolution de l'état de santé, soit la situation qui prévalait au moment de la décision du 27 janvier 2017. Celle-ci reposait sur des renseignements médicaux récents, à savoir le rapport d'expertise psychiatrique de début juin 2016, suivi par plusieurs appréciations médicales successives, émanant tant du SMR que des médecins traitants, et sur l'examen de la situation socioprofessionnelle et l'appréciation de la capacité de l'assurée à accomplir ses tâches ménagères fin novembre - début décembre 2016. Or, l'assurée a présenté sa nouvelle demande de prestations quatre mois à peine après avoir retiré en toute connaissance de cause, le recours qu'elle avait interjeté contre la décision du 27 janvier 2017. On rappellera en outre que s'agissant de la CT de l'assurée, la décision initiale du 27 janvier 2017 retenait qu'en raison de son atteinte à la santé, l'intéressée était en incapacité totale de travail « dans toute activité entrant en ligne de compte », par quoi il faut comprendre que cette incapacité était totale tant dans l'activité habituelle de patrouilleuse scolaire, que dans toute autre activité (adaptée). Dans ce contexte, dès lors, quand bien même le Dr I_____ affirme, dans son certificat médical du 23 novembre 2017, que la patiente présente, ces derniers mois, une péjoration importante de son état psychique avec notamment une augmentation des automutilations dans le contexte de ses troubles psychiques, il n'apporte pas d'éléments probants, nouveaux par rapport à ce qui avait déjà été pris en compte dans l'état de santé de sa patiente, ayant conduit à la décision du 27 janvier 2017. L'essentiel de ce certificat médical est centré sur la question de la CT, le médecin indiquant que sa patiente est en incapacité de travail à 100 % au vu de ses troubles psychiques, et n'a donc pas de travail; évoquant encore des difficultés financières péjorant son état psychique. Ainsi, s'agissant de la CT, la question d'une éventuelle aggravation de l'état de santé n'aurait quoi qu'il en soit aucune incidence dès lors qu'elle était déjà nulle au début 2017, et vraisemblablement antérieurement.

A/1774/2019 - 19/24 - On rappellera en outre que l'invalidité 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). Ainsi la question de savoir si l'aggravation de l'état de santé alléguée a été démontrée peut demeurer indécise, dans la mesure où même en présence d'une aggravation de l'état de santé elle n'aurait aucun effet sur la capacité de gain de l'assurée.

E. 11

- a. S'agissant des tâches ménagères, soit de la capacité de l'assurée d'accomplir ses travaux habituels à la maison, le Dr I_____ rapporte, dans son certificat médical du 23 novembre 2017, que la patiente relate ne plus arriver à effectuer les tâches ménagères qu'elle faisait auparavant à son domicile. Elle explique notamment qu'en raison d'une fatigue elle doit se reposer l'après-midi parfois durant 2 à 3 heures, et qu'elle se rend également plusieurs fois par semaine aux différents groupes thérapeutiques du CAPPI qui sont actuellement nécessaires dans le contexte de ses difficultés psychiques. Ce faisant, le médecin traitant ne fait que répercuter les déclarations subjectives de sa patiente, sans indiquer de façon objective en quoi l'on devrait admettre qu'une aggravation de l'état de santé de l'assurée affecterait sa capacité à effectuer les tâches ménagères, par rapport à ce qu'elle faisait antérieurement, et en somme en quoi les constatations faites à l'époque par l'infirmière spécialisée dans le cadre de l'enquête ménagères (décembre 2016) ne seraient plus actuelles.
- b. 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). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément à la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. 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). À ce sujet on rappellera d'une part que 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 d'autre part que l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on

A/1774/2019 - 20/24 - 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 déjà cité et 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). 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). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). c. En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de rendre vraisemblable, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'état de santé de la recourante se soit aggravé depuis la décision du 27 janvier 2017, en tout cas au point d'influer sur la capacité de l'intéressée, à accomplir ses travaux habituels. D'ailleurs, entendue en comparaison personnelle, la recourante a confirmé que ses trois enfants (son fils et ses deux filles jumelles) respectivement âgés de 22 et 21 ans, habitent encore tous les trois au domicile familial. Le fils aîné étudie à l'école HES de soins infirmiers, en 3ème année, l'une de ses jumelles étant apprentie assistante en soins communautaires, et la seconde, apprentie

assistante vétérinaire. Elle a confirmé en substance qu'elle leur préparait à manger, avec l'aide de son mari, en s'étant au domicile organisée pour faire plus en quantité, le soir, pour que les enfants puissent avoir à manger le lendemain à midi; que ces derniers s'occupent de leur chambre et de leurs propres affaires, de sorte que, de ce point de vue, la situation apparaît inchangée par rapport à décembre 2016, l'aide des membres de la famille et des proches étant non seulement exigible mais effective. Elle confirme également qu'elle n'a pas besoin de faire appel à l'aide d'une tierce personne pour l'aider, et montre que globalement elle arrive à s'organiser, quand bien même ses capacités à accomplir les tâches ménagères sont réduites depuis son atteinte à la santé, antérieure à la décision de référence du 27 janvier 2017.

A/1774/2019 - 21/24 - C'est à juste titre qu'au vu des éléments du dossier l'intimé n'a pas procédé à une nouvelle enquête ménagère. La chambre de céans considère ainsi que sous l'angle de l'accomplissement de ses tâches ménagères, représentant le 75 % de ses activités dans le cadre du statut mixte confirmé par la décision entreprise, la situation reste identique à celle qui prévalait en janvier 2017 en tout cas.

E. 12

Il résulte donc de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, aux termes de l'instruction de la nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, a considéré que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas aggravé depuis la dernière décision en force.

E. 13

Enfin, la recourante tente de soutenir que cela serait à tort que l'intimé aurait confirmé le statut mixte déterminé lors de la décision du 27 janvier 2017, et ne lui aurait pas reconnu, dans la décision entreprise, un statut de personne active, alléguant qu'elle aurait exercé une activité professionnelle à plein temps, si son état de santé le lui avait permis. Il convient dès lors d'examiner si la situation a changé depuis la précédente évaluation. Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125

V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références; voir également sur ces questions Dupont Moser-Szeless [éditrices] Commentaire de la loi sur la partie générale des assurances sociales Helbing Lichtenhahn 2018 ad art. 17 notes 17 et 18).

A/1774/2019 - 22/24 - En l'espèce, la recourante ne saurait être suivie. Son argumentation tend en effet et en substance à remettre en cause les conclusions auxquelles l'OAI était parvenu, en janvier 2017, aux termes de l'instruction de la première demande de prestations; or ce n'est évidemment pas le but du système légal régissant la révision au sens de l'art. 17 LPGA. Conformément au principe de jurisprudence rappelé précédemment, l'intimé a en effet confirmé implicitement le statut mixte prévalant lors de la décision du 27 janvier 2017, observant que le nouveau mode de calcul de la méthode mixte n'avait pas d'impact sur son degré d'invalidité, dès lors que son incapacité de travail était totale dans la sphère lucrative qui occupait, selon le statut retenu, le « 75 % » (en réalité on comprend bien qu'il s'agissait d'une erreur de plume, l'OAI visant en effet le taux de 25 % concernant la part active du statut mixte retenu et inchangé). En effet, l'intimé a à juste titre rappelé qu'il ressortait du rapport de l'enquête effectuée en 2016, que sans atteinte à la santé l'assurée aurait continué à travailler comme patrouilleuse scolaire à 25 %, ce taux d'activité lui convenant, d'autant qu'elle appréciait son travail. Entendue en comparution personnelle par la chambre de céans, elle a confirmé qu'à l'époque de l'enquête économique sur le ménage elle avait bien indiqué à l'infirmière-enquêtrice que, sans l'atteinte à la santé, elle aurait continué d'exercer son activité de patrouilleuse scolaire à 25 %, que le salaire lui convenait, qu'elle aimait son travail et que d'un autre côté son mari venait également d'être augmenté. Elle a expressément confirmé que si elle n'était pas tombée malade, elle aurait continué à exercer son activité de patrouilleuse scolaire au taux qu'elle exerçait avant l'atteinte à la santé. Répondant à une question de son conseil, dans le cadre de la préparation du recours, elle lui avait indiqué qu'à l'époque le métier de patrouilleuse scolaire ne lui convenait plus, mais ceci dans le contexte de son atteinte à la santé. Elle a toutefois une nouvelle fois confirmé que ce qu'elle avait dit précédemment était toujours valable. Elle relevait que dans le cadre de sa nouvelle demande de prestations, elle avait également sollicité des mesures professionnelles, car elle avait tout de même envie de reprendre une activité, et que, si l'intimé lui avait consenti ces mesures et qu'un poste comme une activité dans une onglerie lui avait été proposé, elle aurait accepté une activité à un taux supérieur à 25 %, même jusqu'à un plein temps. Or, une telle affirmation n'est pas suffisante au regard des principes de jurisprudence rappelés précédemment, d'autant qu'au vu de l'état de santé retenu, déjà lors de la décision du 27 janvier 2017, une incapacité de travail totale dans toute activité était retenue ; on voit mal dans ces conditions qu'alléguant une aggravation de son état de santé depuis lors, elle puisse sérieusement prétendre avoir souhaité reprendre une activité, dans un autre domaine que celui de patrouilleuse scolaire, à un taux supérieur à 25 %, pouvant aller jusqu'à un plein temps. On observera encore et finalement que la jurisprudence « Di Trizio » ne lui serait de toute manière pas applicable, et elle ne le soutient pas sérieusement, ceci à juste

A/1774/2019 - 23/24 - titre. En effet, au moment où elle a débuté son activité de patrouilleuse scolaire, en 2007, ses enfants étaient âgés de 10 et 9 ans; au moment de l'atteinte à la santé, ils étaient déjà adolescents; et comme rappelé précédemment, sans atteinte à la santé à ce moment-là, elle aurait continué son activité à 25 %, et ceci sans lien avec ses responsabilités de mère. Dès lors, le fait que les enfants soient aujourd'hui âgés de 22 et 21 ans, ne constitue de toute manière pas une circonstance dont on devrait déduire un

changement dans sa situation familiale qui l'aurait conduit à augmenter son taux de travail, sans atteinte à la santé.

E. 14

Ainsi, en tous points mal fondé, le recours doit être rejeté.

E. 15

La procédure n'étant pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1774/2019 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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