

GE_GERICHTE ATAS/502/2017 vom 20. Juni 2017

GE Cour de justice, 2017-06-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_502_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/502/2017 du 20 juin 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/502/2017 del 20 giugno 2017

Erwägungen

E. 1

a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI). Le recours, interjeté le 7 octobre 2016 contre la décision litigieuse du 9 septembre 2016, a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties ; il n'est pas lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties ; il doit s'attacher à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, ATSG Kommentar, 3ème éd., 2015, n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance- invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA). Il doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un

A/3408/2016 - 11/21 - jugement valable sur le droit litigieux (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). En l'espèce, la demande de prestations de l'AI est intervenue en février 2016, pour des atteintes à la santé invalidantes depuis quatre ans, ayant entraîné une incapacité totale de travailler depuis janvier 2014, ainsi que le médecin traitant de la recourante l'a aussi indiqué (tout en ayant fait mention de lombalgies, cervicalgies et paresthésies impactant sa capacité de travail depuis 2004, pourtant non évoquées dans le cadre de la première procédure administrative ouverte à la suite d'une demande du 22 mars 2006 et close par une décision du 9 octobre 2007). Les faits déterminants se sont produits depuis 2012. Aussi le droit applicable est-il le droit actuellement en vigueur, résultant de la dernière révision de la LAI, dite 6a du 18 mars 2011, entrée en vigueur le 1er janvier 2012. Au demeurant, ladite révision 6a comme les révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème révision], entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008 –, n'ont pas amené de modifications substantielles, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions matérielles de la LPGA, qui s'appliquent à l'assurance-invalidité à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la

A/3408/2016 - 12/21 - jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 4

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption

notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., vol. I, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi faut-il, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes,

A/3408/2016 - 13/21 - doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

E. 5

a. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale,

sociale et professionnelle. Il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). b. En l'espèce, en 2016, tant lors du dépôt de sa demande de prestations de l'AI que lors de la prise de la décision attaquée, la recourante était mère au foyer à plein temps, et ce depuis son retour en Suisse en 2001, donc depuis une quinzaine d'années, pour des motifs – a-t-elle prétendu essentiellement en procédure de recours – liés à ses atteintes à la santé. En 2016, les enfants de la recourante avaient respectivement 25, 24, 19, 13 et 9 ans, soit des âges qui ne nécessitaient plus de sa part une pleine disponibilité de temps à consacrer à leur éducation et donc compatibles avec l'exercice de sa part d'une

A/3408/2016 - 14/21 - activité lucrative, du moins à temps partiel eu égard à l'âge de ses deux derniers enfants. Elle-même avait alors 44 ans, soit un âge auquel exercer une activité lucrative répond souvent à l'aspiration de femmes ayant retrouvé plus de disponibilité en considération d'une plus grande autonomie de leurs enfants. De plus, la situation financière du ménage était précaire, le mari de la recourante ne réalisant alors qu'un faible revenu à mi-temps et étant affecté dans sa santé (les trois premiers enfants réalisant en revanche des revenus ou touchant des prestations). Ce sont des considérations qui plaident en faveur d'une prise d'activité par la recourante en l'absence d'atteinte à sa santé. En revanche, tenir un ménage de sept personnes (ou même six, si le fils aîné, le cas échéant marié, n'en faisait plus partie) restait une tâche requérant de la part de la recourante un investissement de temps et d'énergie important, pouvant lui faire préférer de s'y consacrer pleinement ; c'est d'ailleurs ce que la recourante a déclaré à l'infirmière ayant procédé à l'enquête ménagère. De plus, la recourante n'était au bénéfice d'aucune formation professionnelle, ayant simplement suivi dans son enfance neuf années d'école obligatoire et n'ayant eu par la suite que de modestes expériences professionnelles (ainsi que l'atteste la modicité des revenus qu'elle a réalisés entre 1995 et 2007 à teneur de l'extrait de son compte individuel). Elle n'a en outre pas fait état d'affinités ou de talents personnels qui constitueraient des indices en faveur d'un souhait effectif d'exercer une activité lucrative. De surcroît, les premières déclarations de la recourante vont clairement dans le sens que cette dernière a fait le choix d'être mère au foyer, autrement dit de ne pas exercer d'activité professionnelle. En effet, dans sa demande de prestations, elle s'est présentée comme mère au foyer, sans faire mention d'une prétendue volonté de reprendre une activité lucrative. Lors de l'entretien qu'elle a eu avec l'enquêtrice de l'intimé le 21 juin 2016, elle a expliqué que non seulement lors de son retour en Suisse en 2001 (alors qu'elle avait encore de très jeunes enfants), mais aussi maintenant que son fils cadet avait 9 ans et après s'être posée la question de reprendre

ou non un emploi, elle avait fait le choix de ne pas le faire, estimant que les avantages financiers qu'elle en tirerait n'en vaudraient pas la peine une fois déduits les frais supplémentaires qui en résulteraient en termes de frais de garde, de cuisines scolaires et d'activités parascolaires. Les déclarations que la recourante a faites ultérieurement, après avoir été conseillée, n'emportent pas conviction quant à l'effectivité d'une volonté à tout le moins ferme de reprendre une activité. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations d'un assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c). L'indication du médecin traitant – à considérer en tout état avec réserve, compte tenu d'une propension des médecins traitants, en cas de doute, à prendre parti pour leurs patients en raison de la relation de confiance qui les unit à ces derniers (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc) – que la recourante avait toujours gardé l'espoir de retrouver une

A/3408/2016 - 15/21 - activité malgré son incapacité de travail depuis janvier 2014 n'autorise pas à retenir autre chose que le sujet a pu être évoqué entre lui et la recourante, mais pas que cette dernière se serait mise à exercer un métier si elle n'avait pas eu d'atteinte à la santé. Enfin, c'est un fait que la recourante n'a fait concrètement aucune recherche d'emploi depuis de nombreuses années, depuis 2003 (selon ce que l'enquêtrice a consigné dans son rapport), en particulier avant qu'elle ne devienne, en janvier 2014, incapable de travailler selon son médecin-traitant. c. En conclusion, s'il est certes possible que la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps partiel en 2016 en l'absence d'atteinte à la santé, cela n'est pas établi au degré de vraisemblance prépondérante. Aussi est-ce à bon droit que l'intimé a attribué le statut de ménagère à la recourante. Le recours n'est pas fondé sur ce premier point.

E. 6

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.

A/3408/2016 - 16/21 - 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). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). b. 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. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 460 consid. 4.2 et ATF 123 V 230 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 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 et du conjoint) 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 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

A/3408/2016 - 17/21 - 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).

E. 7

a. En l'espèce, compte tenu du statut de ménagère de la recourante, l'intimé a à juste titre mandaté une enquêtrice spécialisée pour déterminer ses empêchements à accomplir ses tâches ménagères par le biais d'une enquête économique sur le ménage. b. D'un point de vue formel, le rapport d'enquête qu'a établi ladite enquêtrice, collaboratrice spécialisée de l'intimé, infirmière de formation, l'a été sur la base du formulaire prévu à cet effet par l'office fédéral des assurances sociales (Michel VALTERIO, op. cit., n. 2165, qui cite à ce propos l'arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 393/03 du 13 avril 2005 consid. 5.2), et il en remplit les diverses rubriques de façon détaillée. L'enquête a été effectuée au domicile et en présence de la recourante, durant une heure et trente-cinq minutes, donc en connaissance des conditions concrètes dans lesquelles cette dernière est appelée à accomplir ses tâches ménagères. La recourante a pu s'exprimer. Sans doute prétend-elle que ses réponses n'ont pas été suffisamment prises en compte, voire ont été déformées par l'enquêtrice. Ses commentaires personnels joints à son complément de recours ne relèvent cependant pas d'erreurs ou de déformations qui soient propres à influencer de façon un tant soit peu significative l'évaluation que l'enquêtrice a faite de ses empêchements d'accomplir ses tâches ménagères, déterminant son degré d'invalidité. Le fait que le fils aîné de la recourante était marié n'est pas décisif, quand bien même il ne vivrait plus dans le ménage (ce qui, au demeurant, ne devait pas l'empêcher d'y être souvent présent avec son épouse, qui, aux dires de la recourante, nettoyait la cuisine le soir). Les critiques que fait la recourante quant à la pertinence de questions posées ou d'appréciations faites par l'enquêtrice (par exemple la possibilité d'utiliser un chiffon n'ayant pas besoin d'être essoré plutôt qu'un torchon humide à essorer) ne sont pas fondées. La plupart des commentaires personnels de la recourante ont d'ailleurs trait à l'exigibilité requise des membres de sa famille, aide trop théorique selon elle ; or, peu importe que son époux ou/et ses enfants ne lui apporteraient pas concrètement l'aide retenue, dès lors que l'aide prise en compte est exigible. La chambre de céans ne voit pas de raison de ne pas tenir les déclarations consignées par l'enquêtrice comme fidèles, globalement, à celles qu'avait faites la recourante lors de ladite enquête.

A/3408/2016 - 18/21 - c. L'enquêtrice a mené l'entretien avec la recourante et procédé à l'évaluation des empêchements de cette dernière en connaissance de l'ensemble des pièces médicales figurant alors au dossier, en particulier des diagnostics retenus par le SMR, à savoir d'une polyarthrite chronique, de dorso-lombalgies chroniques et de rizarthroses des deux côtés. Tels étaient les diagnostics pertinents. La recourante prétend qu'il n'a pas été tenu compte d'une fibromyalgie, ni d'un état dépressif. Force est cependant de relever que non seulement la demande de prestations présentée le 2 février 2016 par la recourante, sous les réserves abordées ci-après, mais également les rapports médicaux du médecin traitant se focalisaient sur les troubles somatiques de la recourante, se trouvant exprimés par les termes synthétiques pertinents utilisés par le SMR. Dans sa demande de prestations, la recourante ne faisait mention que d'une douleur invalidante dans les jambes et les mains, en y annexant un rapport d'imagerie médicale. Dans son attestation du 22 février 2016, le Dr L_____ n'évoquait que des algies diverses (plus particulièrement des dorso-lombalgies chroniques

et invalidantes), une polyarthrite chronique et une rizarthrose des deux côtés. Selon le rapport du 23 mars 2016 dudit médecin, la capacité de travail de la recourante était impactée par des lombalgies, des cervicalgies et une paresthésie des membres inférieurs et supérieurs ; la fibromyalgie alors mentionnée était sans effet sur sa capacité de travail, même si elle contribuait à limiter ses capacités d'adaptation et de résistance, de même que – a ajouté ledit médecin – un état dépressif (à peine mentionné, et ne l'étant plus dans le rapport subséquent du 21 avril 2016). La recourante avait certes eu des problèmes psychiatriques dans un passé remontant à plusieurs années, dans une mesure qui, aux dires mêmes du psychiatre E_____ en 2006, ne l'empêchaient alors pas dans ses activités ménagères. Depuis qu'il la suivait (soit depuis 2008), le Dr L_____ n'a manifestement pas estimé que la recourante nécessitait une prise en charge psychiatrique, du ressort d'un psychiatre. Dans ces conditions, le SMR était fondé à admettre, sans investigation complémentaire, que seule les atteintes somatiques précitées étaient le cas échéant pertinentes pour l'évaluation d'une éventuelle invalidité. Il ne peut être accordé de poids, à l'appui d'une thèse inverse, à l'allégation du Dr L_____ du 29 septembre 2016 que la recourante souffrirait d'un état dépressif profond se répercutant sur ses possibilités de socialisation, allégation d'une part postérieure à la décision attaquée et d'autre part apparaissant partisane dans le contexte procédural connu dudit médecin traitant. Il sied de noter que la recourante elle-même n'a pas fait état, devant l'enquêtrice, d'une fibromyalgie et/ou d'un état dépressif. Sur la question des atteintes à la santé de la recourante comme d'ailleurs sur celle d'une éventuelle reprise d'une activité lucrative, l'audition dudit médecin traitant apparaît sans utilité ; il n'y a pas lieu d'y procéder, par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c).

A/3408/2016 - 19/21 - La chambre de céans retient que l'enquêtrice a évalué les empêchements de la recourante pour l'accomplissement de ses tâches ménagères en connaissance des diagnostics pertinents. d. L'enquêtrice a retenu que la recourante présentait des empêchements assez élevés pour l'accomplissement de ses principales tâches ménagères (ayant un relativement haut taux de pondération), à savoir 40 % pour le poste « Alimentation » (pondéré à 36 %), 60 % pour le poste « Entretien du logement » (pondéré à 15 %) et 30 % pour le poste « Lessive et entretien des vêtements » (pondéré à 15 %). La chambre de céans ne voit pas de critique à émettre à l'encontre tant des taux de pondération que des empêchements retenus par l'enquêtrice. La recourante n'en fait pas valoir de façon pertinente. e. L'enquêtrice a retenu des taux d'exigibilité aussi élevés que les empêchements pour les postes « Alimentation », « Emplettes et courses diverses », « Lessive et entretien des vêtements », « Soins aux enfants et aux autres membres de la famille », et légèrement moins élevés que les empêchements pour les postes « Entretien du logement » (52 % pour un empêchement de 60 %) et « Divers » (20 % pour un empêchement de 30 %, poste pondéré à 3 %). Il s'ensuit que les aides susceptibles d'être requises des membres de la famille compensent largement les empêchements de la recourante, au point que le taux d'empêchement pondéré total (soit le degré d'invalidité) est de 1.5 % seulement. Il n'en est pas moins juste que la recourante vit au sein d'une famille dont les relativement nombreux membres se doivent, compte tenu de ses atteintes à la santé, de lui apporter une aide assez substantielle pour l'accomplissement des tâches ménagères, à savoir son conjoint (actif professionnellement à mi-temps) ainsi que trois sinon quatre de ses enfants, en ne tenant pas compte du cinquième enfant vu son âge (bien que certaines tâches mineures puissent être attendues d'un enfant de

E. 9

La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce au minimum de CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). Il n'y a pas d'indemnité de procédure à allouer, ni à la recourante, qui succombe (art. 61 let. g LPGA), ni à l'intimé en tant qu'assureur social (Ueli KIESER, op. cit., n. 199 s. ad art. 61 ; cf., devant le Tribunal fédéral, art. 68 al. 3 de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 - LTF - RS 173.110).

* * * * *

A/3408/2016 - 21/21 - 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.