

# **GE\_GERICHTE ATAS/518/2014 vom 15. April 2014**

GE Cour de justice, 2014-04-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_518\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_518_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/518/2014 du 15 avril 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/518/2014 del 15 aprile 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

A/3065/2013 - 8/15 - Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011 et, après le 1er janvier 2012 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié 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).

### **E. 4**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 4.2**

et 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 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. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). 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 (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié 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 (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, sur son statut et les empêchements résultants de ses atteintes à la santé.

#### **E. 6**

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 (art. 7 LPGA). (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).

#### **E. 7**

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux

d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans

A/3065/2013 - 9/15 - tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

## **E. 8**

a. 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 faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 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). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. 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

A/3065/2013 - 10/15 - habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés 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. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

### **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 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 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

A/3065/2013 - 11/15 - 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).

### **E. 10**

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine)...

### **E. 11**

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

## **E. 12**

En l'espèce, l'OAI s'est fondé sur l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ pour refuser toute prestation à l'assurée. Le rapport de ce dernier remplit les conditions objectives de

A/3065/2013 - 12/15 - la jurisprudence pour se voir reconnaître valeur probante, reste à examiner si les rapports des médecins traitants font état d'éléments objectifs mettant sérieusement en doute les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_. En préambule, il convient de définir le statut de l'assurée. L'OAI avait retenu un statut professionnel, partant de l'idée qu'au vu des revenus faibles et irréguliers du mari et de l'inscription de l'assurée au chômage, celle-ci aurait travaillé sans atteinte à la santé. L'assurée et son conseil affirment et confirment que l'assurée n'a jamais travaillé et n'a jamais eu l'intention de le faire, de sorte qu'il convenait d'admettre un statut de ménagère. La Cour n'a pas de motif de s'écarter des affirmations de l'assurée et retiendra donc un tel statut, étant précisé qu'en présence d'une pleine capacité de travail dans une activité lucrative manuelle, simple et répétitive, il n'y a pas de place pour une invalidité ménagère, en raison d'exigences de rendement incomparables et de l'obligation accrue de réduire le dommage dans la sphère ménagère selon la jurisprudence. Du point de vue somatique, l'accident de 1997 et ses séquelles au niveau du genou sont sans répercussion sur la capacité de travail et ménagère de l'assurée, au vu des quelques limitations retenues par son médecin traitant (légère limitation de la mobilité), de la claire disproportion des plaintes de l'assurée relevées par le médecin du CIP et de l'absence de pathologie objectivée selon les HUG, en 2001. Du point de vue ostéoarticulaire, globalement, aucun des médecins traitants ne met en avant de pathologie cervico-dorso-lombaire objectivement invalidante et les douleurs liées à ce syndrome vertébral n'empêchent l'assurée ni de travailler, ni de s'occuper de son ménage, le cas échéant à son rythme, en fractionnant les tâches. Au surplus, la Dresse Q\_\_\_\_\_ confirme que les données objectives constatées par le Dr S\_\_\_\_\_ sont complètes, mais conteste l'interprétation qui en est faite. Sur certains points, en effet, l'expertise du Dr S\_\_\_\_\_ ne convainc pas, bien que cela reste finalement sans conséquence sur la présente cause. L'expert n'a pas retenu les conséquences des thromboses digitales, ni l'important prurit généré par le contact avec l'eau. Il semble avoir rapidement exclu un problème de polyarthrose et a omis de mentionner le diagnostic d'hypertension. Cela étant dit, la Dresse Q\_\_\_\_\_ ne remet pas en cause les conclusions du Dr S\_\_\_\_\_ sur l'absence d'impact de ces pathologies sur la capacité de travail de l'assurée. Les thromboses ayant permis le diagnostic de polyglobulie n'interfèrent pas avec la capacité de travail. Le traitement myélosuppresseur permet de retrouver des valeurs hématologiques normales et le médecin-traitant mentionne uniquement que le traitement influence l'état général. Mis en relation avec l'avis du Dr T\_\_\_\_\_, on comprend de cette affirmation que l'assurée présente une certaine fatigue. Au surplus, l'éventualité d'une polyarthrose n'est pas précisée

et la Dresse Q \_\_\_\_\_ n'indique pas en quoi cela limiterait l'activité professionnelle ou ménagère de l'assurée. S'agissant de l'hypertension, le traitement a stabilisé et permet de contrôler la situation. En d'autres termes, si l'on comprend des explications de la Dresse Q \_\_\_\_\_ que l'ensemble des pathologies et des traitements ont un effet sur l'état général de l'assurée, sans précision et s'il s'agit de

A/3065/2013 - 13/15 - fatigue, non seulement celle-ci n'est pas objectivée, mais encore cela ne permet-il pas de retenir que cela impliquerait une incapacité de travail de 40% au moins ou d'importants empêchements dans le ménage, eu égard aux exigences de la jurisprudence à ce sujet. Ainsi, la totale incapacité de travail dans toute activité retenue par la Dresse Q \_\_\_\_\_ ne convainc pas. S'agissant du prurit intense, lequel serait assurément, comme l'affirme le conseil de l'assurée, un frein important à la reprise d'un emploi, eu égard à l'aspect de l'assurée, il reste sans conséquence dans le cadre de l'activité ménagère, sous réserve des tâches ménagères impliquant l'utilisation de l'eau (vaisselle, nettoyage des sanitaires et de la cuisine et des sols), qui peuvent être assumées par les autres membres de la famille. Du point de vue psychique, certes le Dr S \_\_\_\_\_ n'est pas psychiatre, mais les autres avis au dossier permettent de confirmer l'absence de pathologie invalidante sur la capacité en tout cas ménagère de l'assurée, voire même sur sa capacité de travail. D'une part, l'assurée n'a jamais poursuivi de traitement psychiatrique, ni médicamenteux et elle ne consulte que pour les besoins de la procédure. D'autre part, le seul rapport de spécialiste, soit celui du Dr R \_\_\_\_\_, du 17 juin 2011, retient non seulement une capacité de travail de 50%, mais de surcroît la motive par les difficultés de la patiente à se mobiliser, à gérer le stress et au vu de la longue période d'inactivité, le trouble anxieux et dépressif mixte n'ayant pas été traité selon les règles de l'art entre la période de consultation de janvier à juillet 2010 et la consultation de mai 2011, en vue du rapport destiné à l'OAI. Hormis le facteur de stress, ce sont donc surtout des motifs sociaux qui limitent la capacité de travail de l'assurée du point de vue psychique, de sorte qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée souffre d'une affection psychiatrique qui, avec un traitement adéquat, aurait des conséquences sur la capacité de travail. A cet égard, un assuré capable de travailler à 50%, compte tenu des exigences de rendement et de ponctualité de toute activité professionnelle, peut sans difficulté assumer l'intégralité de ses tâches ménagères.

### **E. 13**

Pour l'ensemble des motifs qui précèdent, la Cour estime qu'il n'est pas nécessaire, d'une part, d'ordonner une expertise psychiatrique, dès lors qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée n'est pas empêchée dans ses tâches ménagères de ce point de vue-là. S'agissant des conséquences – limitées – de l'ensemble des troubles somatiques de l'assurée, sur sa capacité ménagère, il y a lieu de préciser que l'assurée vit avec son mari et sa fille, lesquels doivent, en vertu du principe de limitation du dommage établi par la jurisprudence, participer aux tâches ménagères dans une proportion accrue, de sorte qu'il est également établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'après avoir pris en compte l'exigibilité liée à l'aide des membres de la famille, le degré d'empêchement ménager n'atteindrait certainement pas 40%, de sorte que l'assurée n'aurait quoi qu'il en soit pas droit à une rente d'invalidité. Pour ce motif, il n'est pas non plus utile d'ordonner une enquête ménagère.

A/3065/2013 - 14/15 - Il est ainsi établi que l'assurée ne présente pas de limitations somatiques et/ou psychiques impliquant une incapacité ménagère atteignant 40%, de sorte

que c'est à juste titre que l'OAI a refusé toute rente à l'assurée, la question d'un reclassement professionnel ne se posant pas, au vu de la position de principe de l'assurée quant à son statut de ménagère.

**E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510.03).

A/3065/2013 - 15/15 - 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.