

GE_GERICHTE ATAS/575/2014 vom 6. Mai 2014

GE Cour de justice, 2014-05-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_575_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/575/2014 du 6 mai 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/575/2014 del 6 maggio 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. 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).

A/2155/2012 - 13/25 - 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). c)

Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du

A/2155/2012 - 17/25 - travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF 137 V 334).

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut et sur la sévérité de son trouble dépressif.

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). 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 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. 7

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la

A/2155/2012 - 14/25 - réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 ; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 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 130 V 343 consid. 3.5 ; ATF 113 V 273 consid. 1a ; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid 2.2). 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 137 V 334; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). A certaines conditions particulières, il est possible de prendre en considération l'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité. La mesure de ce qu'il y a lieu de considérer comme des effets dommageables doit toujours être examinée à la lumière des circonstances concrètes du cas particulier, mais ne saurait dépasser, en tout état de cause, 15 % (ATF 137 V 334, ATF 134 V 9; voir également arrêts I A/2155/2012 - 15/25 - 156/04 du 13 décembre 2005 consid. 6.2, in SVR 2006 IV n° 42 p. 151, et 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4).

E. 8

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). 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 aux chiffres 3095 de 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. 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; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur

les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005).

A/2155/2012 - 16/25 - 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). b) 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 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). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/2155/2012 - 18/25 - 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. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt 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 dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

E. 10

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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2) b) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification A/2155/2012 - 19/25 - reconnu (ATF 130 V 396, consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49, consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. c) Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65, consid. 4.2.2; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352, consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes

A/2155/2012 - 20/25 - divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49, consid. 1.2).

E. 11

En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée avait été incapacité de travailler à 50% du 1er novembre 2008 au 20 avril 2009 en raison de troubles somatiques, puis à 100% du 20 avril 2009 au 31 juillet 2010 en raison de troubles somatiques et psychiques et qu'elle avait retrouvé une capacité de travail de 50% dès le 1er août 2010 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit les mouvements répétés de flexion/extension, l'attitude en porte-à-faux, le port de charges au-delà de 10 kg, la position statique debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure trente. Selon les Drs G_____ et H_____ ainsi que le SMR, l'assurée souffre d'une fibromyalgie et de troubles objectivés au niveau lombaire, ainsi que d'un trouble dépressif dont la gravité implique de retenir une comorbidité importante, le trouble étant au surplus invalidant en présence de trois critères jurisprudentiels. Dès août 2010, la fibromyalgie n'est plus invalidante selon le SMR. En raison des objections motivées des médecins traitants de l'assurée quant à la sévérité du trouble dépressif en particulier, la Cour de céans a dû ordonner une expertise. Le rapport d'expertise des Drs I_____ et J_____ peut se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, dès lors qu'il est fondé sur des examens complets, tient compte des plaintes exprimées, a été établi en pleine connaissance du dossier, les conclusions des experts étant claires et motivées. Contrairement à ce que soutiennent les parties, les

réponses des deux experts sont consensuelles après avoir fait l'objet de trois discussions, de sorte qu'il s'agit bien d'une expertise bi-disciplinaire et non pas de deux expertises. Le fait que l'assurée ait été vue séparément par les experts et que ceux-ci aient au préalable rédigé leur partie de l'expertise s'agissant du status, des plaintes, des diagnostics et des limitations n'est pas relevant. Sur le plan rhumatologique, les conclusions du Dr I_____ rejoignent celles du SMR, s'agissant des diagnostics, des limitations fonctionnelles et, globalement, de la capacité de travail de 50% dans l'activité de caissière. Il retient toutefois qu'en tenant compte seulement des troubles rhumatologiques objectivés, la capacité serait de 100% dans une activité strictement adaptée. Les parties ne contestent pas ces conclusions et aucun avis circonstancié d'un autre médecin ne permet de les remettre en cause. Du point de vue psychiatrique, le Dr J_____ retient un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen et une dysthymie. Il a exposé de façon convaincante les raisons qui l'ont conduit à retenir, d'une part, que le trouble était récurrent, contrairement à l'avis de la Dresse H_____ et, d'autre part, pourquoi cet état dépressif était indépendant du syndrome douloureux. Au surplus, l'expert a éclairci ses conclusions et répondu de façon circonstanciée aux critiques de la recourante. La gravité de l'état dépressif est appréciée sur la base des éléments objectifs

A/2155/2012 - 21/25 - ressortant de l'examen clinique et des plaintes de la patiente, mais l'autoévaluation n'est pas déterminante, car un score aussi élevé implique nécessairement une hospitalisation en milieu psychiatrique. Tout comme la Dresse H_____, l'expert a relevé que l'assurée ne présentait pas de trouble de la concentration, de l'attention et de la mémoire, pas d'idéation suicidaire, pas de perte d'appétit (ni de poids en 2013) ou de sommeil significatifs, et il explique ainsi pourquoi, en tenant compte globalement de l'état de l'assurée lors des deux examens pratiqués, celle-ci présentait alors un état dépressif de sévérité moyenne, à la limite du sévère, mais pas un état sévère. Cette appréciation n'est pas contradictoire avec les constatations du Dr K_____ en avril 2009, (perte de poids de 5 kilos et présence très marquée d'éléments de la lignée dépressive), car à cette période, la dépression était sévère. S'agissant de l'évolution de l'état dépressif, en audience, l'expert a précisé qu'il ne remettait pas en cause le fait que l'assurée ait présenté d'avril 2009 à juillet 2010 un épisode sévère, mais souhaitait préciser qu'il n'y avait jamais eu de rémission complète et que l'assurée n'avait jamais recouvré une totale capacité de travail du point de vue psychiatrique, s'écartant à ce propos des conclusions du SMR. S'il appartenait au seul psychiatre traitant de signaler les périodes d'aggravation, le dossier ne permettait pas de retenir un autre épisode sévère depuis août 2010, le Dr E_____ estimant le degré de gravité inchangé (épisode sévère selon lui sans amélioration de la capacité de travail) de 2008 jusqu'à l'expertise. Au surplus, il n'est pas établi que l'état thymique de la recourante fluctue au gré de périodes de sévérité successives au point où il ne serait alors pas raisonnablement envisageable de trouver et de conserver un emploi. De façon générale, les experts n'ont pas à justifier le fait de ne pas retenir de baisse de rendement s'ils fixent la capacité résiduelle de travail d'un assuré globalement. A cet égard, l'expert a exposé de façon convaincante le taux d'incapacité de travail retenu en fonction, d'une part, de la gravité de l'état dépressif et, d'autre part, des exigences de la profession. Si le manque d'énergie est un élément central de la dysthymie et rend difficile tout effort de travail et ménager, l'activité de caissière n'exige pas un niveau de concentration optimal, un sommeil parfaitement préservé et une motivation intacte. En conséquence, c'est bien en raison du fait que l'état dépressif est moyen, à la limite du sévère qu'une capacité de travail limitée à 50% a été retenue, alors que dans de nombreux cas, un état dépressif moyen ne justifie aucune incapacité de travail.

S'agissant du traitement médical, il n'y a pas de contradiction dans les réponses de l'expert, qui constate d'une part que l'assurée s'est soumise à des traitements classiques qui sont restés sans effet significatif tout en suggérant une approche de type psycho-éducatif, visant notamment à mobiliser la patiente et à la coacher, plutôt qu'à persévérer dans la voie de l'entretien psychothérapeutique. S'agissant des répercussions de la fibromyalgie sur la capacité de travail, l'avis du SMR n'est que partiellement contradictoire. Lorsque l'état dépressif était sévère, une comorbidité a été retenue, ainsi que trois des critères de la jurisprudence. En

A/2155/2012 - 22/25 - présence d'un état dépressif moyen, la comorbidité n'est pas assez grave, mais il est vrai que cela reste sans effet sur la réalisation des trois critères retenus. Tout cela n'est cependant pas déterminant puisque l'expert a exposé de façon précise que l'état dépressif n'était pas consécutif à l'état douloureux. Il est ainsi établi que l'assurée dispose globalement d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et dans toute autre activité adaptée à ses limitations somatiques, sans diminution de rendement et ce depuis août 2010.

E. 12

S'agissant du statut de la recourante, il s'avère que celle-ci est revenue en Suisse en 2001 et elle semble alors avoir travaillé à 100%, au vu du montant de son salaire de femme de chambre dans un hôtel (CHF 42'000.- par an en moyenne) par rapport à celui réalisé à la B _____ depuis 2004 à 73% (CHF 34'000.- par an en moyenne). En 2004, ses enfants étaient âgés de 18 ans, 17 ans et 10 ans, de sorte que l'assurée pouvait alors continuer à travailler à plein temps. Toutefois, il ressort très clairement du rapport circonstancié du Dr L _____ d'octobre 2009 que l'assurée a changé de métier en 2004, en raison du fait que son état de santé somatique ne lui permettait plus de travailler en tant que femme de chambre. Cela ressort aussi du rapport d'évaluation de l'OAI du 28 octobre 2009. Au début de l'instruction, l'assurée n'a pas été questionnée par écrit sur le taux d'activité qui aurait été le sien sans aucune atteinte à la santé. On ne sait pas non plus si l'assurée a pris un emploi à 73% à la B _____ par choix et dans ce cas pourquoi, ou parce que l'employeur imposait un taux réduit ou en raison de ses limitations fonctionnelles somatiques. L'assurée aurait déclaré à l'enquêtrice que, sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler à 73% à la B _____ de l'aéroport, car cela lui permettait de ne travailler qu'un samedi par mois au lieu de deux, sans que l'on sache si cet avantage aurait pu être maintenu à 100% également. Au surplus, la situation financière difficile est relevée par l'enquêtrice alors que l'assurée est sans revenu, mais ne permet pas de retenir, sans connaître le salaire du mari et les charges du couple, que l'assurée aurait travaillé à 100% sans atteinte à la santé. On ne sait pas si l'époux de l'assurée a eu une importante augmentation de revenu en 2003 ou 2004, qui permettait à l'assurée de travailler moins. A défaut, on conçoit mal que l'assurée ait diminué son temps de travail et son salaire alors que le plus jeune de ses enfants avait 10 ans, si ce n'est en raison de son état de santé. Finalement, l'éventualité d'une séparation du couple pencherait aussi en faveur d'un statut purement professionnel. Il n'est donc pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée présente un statut mixte, à raison de 73,17% professionnel et 26,83 ménager, ni qu'elle est active à 100%. Sur ce point donc, la cause sera renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire.

E. 13

Cela étant dit, dans l'hypothèse d'un statut mixte, l'OAI n'a pas pratiqué une "double réduction" lors du calcul du taux d'invalidité, mais appliqué la loi et la jurisprudence (cf. notamment ATF 137 V 334 soit l'arrêt 9C 790/2010 publié) selon lesquelles il faut, pour l'invalidité professionnelle comparer le salaire sans invalidité

A/2155/2012 - 23/25 - à 73% et le salaire d'invalidé réalisable à 50%, puis appliquer le taux d'empêchement au taux d'activité, et, pour la part ménagère, appliquer le taux d'empêchement au taux ménager. Pour la part professionnelle, si le statut mixte devait se confirmer, la recourante ne critique pas à juste titre les revenus comparés, soit d'une part, le salaire qu'elle aurait réalisé à la B _____ en travaillant à 73% en 2009 (CHF 37'310.-) avec celui qu'elle aurait pu réaliser à 50% dans le même métier (CHF 37'310.- \cdot 73 \cdot 100 \cdot 2 = CHF 25'555.-). Le taux d'invalidité serait alors de 31,5% x 73%, soit de 22,99% arrondi à 23% comme suit : $[(37'310.- - 25'555.- \cdot 100 \cdot 37'310) \cdot 73\%]$. Si un statut professionnel était retenu, le taux d'invalidité serait de 50%, l'assurée disposant d'une capacité de 50% dans toute activité, y compris celle de caissière. Pour la part ménagère, l'assurée estime que ses empêchements n'ont pas été appréciés à leur juste mesure. Elle reproche aux experts de ne pas avoir précisément évalué sa capacité ménagère, ceux-ci renvoyant la chambre de céans à une enquête ménagère. D'une part, l'assurée n'expose pas en quoi l'enquête ménagère serait contestable. Elle se borne à affirmer que l'incapacité de 50% doit également être appliquée aux empêchements ménagers, ignorant ainsi la jurisprudence concernant l'obligation de réduire le dommage en organisant ses tâches ménagères ainsi que l'aide exigible de la famille. D'autre part, les taux d'empêchement retenus tiennent correctement compte d'un état dépressif de gravité moyenne, y compris des fluctuations selon les jours, dès lors que l'assurée peut effectuer les tâches qu'elle est encore capable d'assumer les jours où elle va un peu mieux. Finalement, l'avis de l'expert n'est pas contradictoire avec les constatations faites par l'enquêtrice. L'assurée n'est pas empêchée d'organiser ses tâches. Selon les jours, elle est totalement incapable de sortir pour faire des courses, mais compte tenu de l'exigibilité de la famille, l'empêchement de 30% est compensé. Il n'est pas excessif que le mari fasse les grandes courses le weekend et les fils les petites courses durant la semaine. Pour les travaux de nettoyage, qui sont vraisemblablement les plus difficiles à assumer, en raison des douleurs, du manque de motivation et de la fatigue, un empêchement de 80% a été retenu, car l'assurée peut encore de temps en temps faire la poussière et des petits nettoyages. L'exigibilité de 20% concerne le fils (qui nettoie sa chambre) et le mari (qui fait un peu de ménage le weekend), mais les travaux de la belle-fille qui supplée entièrement l'assurée n'ont pas été pris en compte à juste titre. L'état de santé de l'assurée ne l'empêche pas de préparer un repas simple à midi, puis de nettoyer la table, l'évier et faire la vaisselle légère, de sorte que l'empêchement de 35% n'est pas critiquable. L'exigibilité des membres de la famille est retenue pour la préparation du repas du soir (le mari) et la vaisselle du soir (qui peut être faite en alternance par le mari et le fils). Par contre, il s'avère que le mari et le fils sont déjà largement mis à contribution pour la cuisine (tous les soirs), le nettoyage (le weekend) et les courses (le weekend pour le mari et la semaine pour le fils), de sorte qu'il n'est pas raisonnable de leur attribuer encore une partie de la lessive, qui est d'ailleurs pour partie assumée par l'assurée et pour le

A/2155/2012 - 24/25 - reste par sa belle-fille. Toutefois, dans l'hypothèse où le statut mixte se confirmait, cela restera sans conséquence sur le droit de l'assurée à une rente. Le taux d'empêchement pondéré avec exigibilité serait alors de 22,25%, de sorte que le taux d'invalidité global passerait à 29% au lieu de 28%. De même, si la pondération de

l'alimentation par rapport au ménage se discute dans le cas d'espèce et si l'on attribuait au mari et au fils plutôt la tâche de plier et ranger le linge au lieu du nettoyage, l'incidence sur le taux d'empêchement ménager resterait sans conséquence sur les droits de l'assurée : [Alimentation : 35% (pondération) x 5% (empêchement avec exigibilité) = 1,75%] ; [Entretien: 30% (pondération) x 80% (aucune exigibilité retenue) = 24%]. Le total des empêchements serait alors de 29,75% (1,75% + 24% + 4%), soit une invalidité ménagère de 7,98% (29,75% x 26,83%) et le taux d'invalidité global de 31% (7,98% + 23,05%), ce qui n'ouvre pas non plus le droit à une rente d'invalidité. Finalement, la prise en compte de la fatigue accrue en cas d'activité à 50% sur la capacité ménagère n'est pas automatiquement appliquée à raison de 15% d'empêchement ménager supplémentaire, ce d'autant moins qu'il n'est pas démontré que ce surcroît d'incapacité ménagère ne serait pas seulement transitoire.

E. 14

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire s'agissant du statut de l'assurée. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. Le recours étant partiellement admis, l'indemnité à titre de dépens en faveur de la recourante sera limitée à CHF 1'500.-.

A/2155/2012 - 25/25 - 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.