

GE_GERICHTE ATAS/592/2015 vom 17. August 2015

GE Cour de justice, 2015-08-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_592_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/592/2015 du 17 août 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/592/2015 del 17 agosto 2015

Erwägungen

E. 4

Sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si l'assurée a droit à une rente d'invalidité entière dès le 1er janvier 2012, ou si, conformément à la décision entreprise, le droit à un quart de rente basé sur une invalidité de 49% du 1er janvier 2012 au 28 février 2014, la rente étant supprimée dès cette date, était justifiée.

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 recourt, 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

A/1472/2015 - 28/37 - 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ainsi que I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

E. 5

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

A/1472/2015 - 22/37 - 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. 6

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 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). 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_1006/2010 du 22 mars 2011 consid 2.2).

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 8

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/1472/2015 - 23/37 -

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).

E. 10

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 11

Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les

A/1472/2015 - 24/37 - mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007

du 16 novembre 2007 consid. 4.1).

E. 12

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 13

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

A/1472/2015 - 25/37 - 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. 14

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF

126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 15

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; ATF 122 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; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 16

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

A/1472/2015 - 26/37 - 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).

E. 17

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et

calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGa et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGa). Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGa); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

E. 18

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. 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

A/1472/2015 - 27/37 - (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux

habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

E. 19

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 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 consid. 4.1).

E. 20

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) si la capacité de gain ou la capacité

A/1472/2015 - 29/37 - d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). Si la capacité de gain de l'assuré ou sa capacité d'accomplir les travaux habituels se dégrade, ou si son impotence ou encore le besoin de soins ou le

besoin d'aide découlant de son invalidité s'aggrave, ce changement est déterminant pour l'accroissement du droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2).

E. 21

Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3).

E. 22

Dans le cas d'espèce la recourante fait grief à l'intimé d'avoir retenu de façon inexacte qu'elle disposerait d'une capacité de travail dans une activité adaptée de 75 % à compter du 13 décembre 2013. Elle reproche en particulier à l'expert d'avoir retenu qu'entre 2012 et 2014, le médecin traitant, bien que décrivant l'état de santé de sa patiente comme stationnaire aurait vu la capacité de travail se dégrader, de 50 % dans une activité adaptée, à une capacité de travail peu probable, même dans une activité adaptée, puis enfin à une incapacité totale. Elle critique le fait que l'expert n'ait cité pour sa démonstration que deux rapports du premier semestre 2012, puis un rapport du premier trimestre 2014. Reprochant à l'expert d'avoir considéré que le médecin traitant se serait laissé influencer par les plaintes subjectives de sa patiente, la recourante suggère que l'expert serait parvenu à cette conclusion en négligeant les deux rapports intermédiaires du médecin traitant, intervenus en 2013 : selon elle, si l'expert avait pris en compte ces rapports, il aurait pu y constater la dégradation progressive de la capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée, aboutissant au début 2014 à une incapacité totale, même dans une telle activité. Ainsi, selon la recourante, si l'expert avait procédé au constat de cette évolution, y compris pendant l'année 2013, il n'aurait pas abouti à la conclusion que le médecin traitant aurait été influencé dans son appréciation en raison des plaintes réitérées de la patiente. Ce raisonnement ne résiste pas à l'examen. En effet, le rapport de l'expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, se fonde non seulement sur l'étude complète des documents médicaux mis à disposition des experts, qui en ont fait un résumé détaillé, décrivant l'essentiel du contenu des documents médicaux importants, n'émanant pas seulement du médecin traitant, mais également des autres praticiens qui ont examiné la patiente, au cours des ans, établi des rapports de consultation à l'attention du médecin traitant, voire qui ont directement traité la patiente. S'agissant du médecin traitant, dans leur A/1472/2015 - 30/37 - résumé les experts n'ont pas seulement retenu les rapports intermédiaires de 2012 et du début 2014, mais également le rapport initial du 5 septembre 2011. Si en effet les rapports de 2013 ne sont pas inventoriés comme tels dans le résumé, cela ne signifie pas qu'ils aient été ignorés par les experts, mais tout au plus qu'ils n'apportaient rien à la compréhension de l'évolution de l'état de santé de la recourante : comme les rapports de 2012 et de 2014, ces documents décrivaient une situation stable, un diagnostic constant, ces deux éléments montrant l'essentiel, soit la persistance de septembre 2011 à 2014 d'un état de santé stationnaire, du même diagnostic, ne pouvant expliquer l'évolution de la capacité de travail résiduelle de 50 % en septembre 2011, à 0 % au début 2014. Le rapport du 8 janvier 2014 est d'ailleurs pratiquement superposable à celui du 16 juillet 2013. Or, les experts n'ont pas seulement abouti à leurs conclusions sur la seule base des rapports du médecin traitant : ils se sont également fondés sur le rapport du Dr H_____, qui relevait, en décembre 2013, que les limitations fonctionnelles subjectives de

la patiente devaient être mises en lien avec des freins psychologiques, voire psychiatriques. Les experts se fondent également sur leur propre observation de la patiente, soutenue par une anamnèse complète, un status général détaillé, tous éléments ayant conduit l'expert rhumatologue à poser les diagnostics de lombosciatalgies chroniques dans le cadre d'une arthrose postérieure étagée et de discopathie étagée de L3 à S1 et d'une spondylodèse de L4 à S1, ayant une répercussion durable sur la capacité de travail, et à l'expert psychiatre de retenir celui de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, sans comorbidité psychiatrique (F68.0), sans répercussion sur la capacité de travail. Dans la discussion, l'expert a décrit ses examens de façon détaillée, en les comparant le cas échéant aux clichés radiologiques : il a finalement retenu que les anomalies relevées à l'examen clinique et sur les clichés radiologiques expliquent en partie (seulement) les plaintes de l'assurée. L'expert relève encore que certains tests ne sont pas cohérents, qu'à l'examen on relève la présence de signes de non-organicité, que l'assurée dit avoir une mauvaise tolérance de la position assise alors qu'elle indique se rendre deux fois par année au Portugal... L'expert relève que les douleurs et les auto-limitations de l'assurée ne s'expliquent pas entièrement du point de vue organique. Selon ses propres constatations, une marche rapide, une mobilité et une gestuelle spontanée libre aux quatre membres, sans déficit de force, de même que la tolérance partielle de la position assise, ne justifient pas une incapacité de travail complète dans une activité adaptée. Concernant la discopathie protrusive étagée et l'uncarthrose modérée de la colonne cervicale, les manifestations douloureuses étaient déjà présentes alors que l'assurée travaillait. Les douleurs n'ont pas évolué au cours des dernières années. Au vu de la présence radiologique de troubles dégénératifs, des mesures de protection du rachis cervical se justifient : éviter les mouvements répétitifs de rotation, les postures penchée en avant prolongées ou en hyperextension. L'atteinte cervicale n'est pas suffisamment sévère pour justifier une limitation de la capacité de travail dans une activité adaptée à ces limitations.

A/1472/2015 - 31/37 - Sur le plan psychiatrique l'assurée ne bénéficie pas d'une prise en charge psychiatrique ambulatoire et son état n'a pas nécessité d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Dans le cadre des douleurs chroniques le médecin traitant a introduit un traitement médicamenteux psychotrope. Selon le rapport de ProMiDos, une composante psychique semble participer au tableau de lombosciatalgies chroniques. Le médecin traitant a conseillé à l'assuré à plusieurs reprises de consulter le Dr I_____, mais elle n'y a pas donné suite. L'examen psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de troubles dissociatifs, de perturbation de l'environnement psychosocial qui est normal, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques à caractère incapacitant. L'assurée présente une amplification verbale de ses plaintes somatiques accompagnée d'un sentiment de détresse, sans comportement algique et les experts ont retenu le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques, qui est caractérisé par la présence de symptômes physiques compatibles avec un trouble, une maladie ou un handicap physique, mais amplifié ou entretenu par l'état psychique du patient. Ce trouble n'est pas accompagné d'une comorbidité psychiatrique manifeste, d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé ou profit tiré de la maladie. Selon la jurisprudence actuelle, les critères de sévérité ne sont pas réunis et fondent un pronostic favorable. Les quelques traits de personnalité borderline et impulsifs sont discrets et ne permettent pas de retenir un trouble spécifique de ce registre. En conclusion, sur le plan purement psychiatrique, l'assurée ne souffre d'aucune pathologie psychiatrique aiguë ou

chronique à caractère incapacitant. La capacité de travail exigible est de 100 % dans toute activité qui respecte les limitations fonctionnelles somatiques. S'agissant spécifiquement du taux de 75 % de capacité de travail dans une activité adaptée, retenu par les experts, ceux-ci ont tout d'abord énuméré les limitations fonctionnelles retenues, et ont conclu que celles-ci n'étaient pas compatibles avec une activité de nettoyeuse. Ils ont en revanche considéré que les douleurs à composante neurogène irradiant le long du membre inférieur gauche les amenaient à retenir la nécessité de pauses supplémentaires également dans une activité adaptée correspondant à une incapacité de travail de 25 %. On comprend ainsi que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, ces douleurs irradiant le long de la jambe gauche commandaient des pauses supplémentaires. La fréquence de ces interruptions nécessaires dans l'activité équivalait selon les experts à une incapacité de travail de 25 %. D'où en résulte une capacité de travail de 75 %. S'agissant de fixer la date d'exigibilité pour l'exercice d'une activité adaptée, les experts ont expliqué les raisons pour lesquelles ils retenaient la date du 17 décembre 2013 : cette date correspond à la fin de la prise en charge multidisciplinaire du dos, prise en charge qui avait permis d'améliorer le confort de l'assurée dans ses activités comme l'habillage. Ils se réfèrent au rapport du Dr H_____ du 18 décembre 2013. Or, ce rapport précise dans un premier temps

A/1472/2015 - 32/37 - que la prise en charge physiothérapeutique hebdomadaire a visé le renforcement autonome sur machines ainsi que le contrôle des auto-exercices de type gainage. L'ergothérapie a revu la manière de lever le tronc et les membres inférieurs qui se fait d'une façon autonome, lente mais sans aucune aide de moyens auxiliaires. Au niveau psychiatrique, la patiente a bénéficié d'une prise en charge au groupe parole hebdomadaire qui relève une patiente creuse, vide, qui n'a pas, objectivement ou subjectivement, bénéficié de ce suivi. Le Dr H_____ retient en conclusion que l'objectif fonctionnel d'habillage qui avait pour but d'augmenter le confort de la patiente a été atteint. Il n'y avait actuellement pas d'intérêt à poursuivre une physiothérapie de type renforcement mais plutôt des séances d'ergothérapie en ambulatoire pour prise en charge des limitations fonctionnelles subjectives qui sont en lien avec des freins psychologiques/psychiatriques. Arrêter une date précise pour déterminer le dies a quo de la capacité d'une personne à exercer une activité adaptée, comme dans le cas particulier, peut prêter à discussion. Toutefois, en l'espèce, contrairement à ce qu'allègue la recourante, les experts du SMR ont fixé cette date du 17 décembre 2013 au terme d'un raisonnement cohérent. Elle coïncide avec la fin du programme multidisciplinaire individualisé du dos (ProMiDos) - du 19 septembre au 16 décembre 2013 -. Or, au vu des conclusions rappelées ci-devant, le traitement de physiothérapie avait atteint son but, et l'ergothérapie dont elle avait bénéficié avait également porté ses fruits, mais dès ce moment-là, ni l'un ni l'autre de ces traitements ne permettait d'escompter un bénéfice supplémentaire pour la patiente. Sur le plan psychiatrique, ou psychologique, celle-ci n'avait au demeurant pas su profiter ni objectivement et subjectivement du suivi qui lui avait été proposé. Il paraissait donc logique, au degré de la vraisemblance prépondérante, de retenir qu'à tout le moins dès la date coïncidant avec la fin de ce programme la recourante devait être considérée comme capable de travailler dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles admises selon la documentation médicale versée au dossier, et de la limitation supplémentaire de 25 % (qui coïncide à vrai dire avec une diminution de rendement), résultant des propres observations des experts. Il faut d'ailleurs voir dans le choix de cette date un terme plutôt favorable à la recourante : les experts auraient pu tout aussi bien fixer une date même antérieure au stage, soit en septembre 2013, au vu du rapport du Dr

H_____ du 19 septembre 2013. Prétendre, comme le soutient la recourante, qu'il apparaît incompréhensible que les experts se soient appuyés sur le rapport du Dr H_____ pour arrêter la date déterminante, au motif qu'il ne s'était jamais prononcé sur la capacité de travail de l'assurée, et de surcroît car l'objectif de la prise en charge multidisciplinaire ProMiDos était limité, d'un point de vue fonctionnel, à l'amélioration du confort de cette dernière, n'est pas convaincant : s'agissant du premier argument, la chambre de céans observe que les experts ne se sont pas fondés sur ce rapport en particulier pour fixer la capacité de travail, mais seulement pour en arrêter une date, comme développé ci-dessus ; quant au deuxième argument (objectif limité dudit stage), il démontre en effet que le bénéfice escompté de ce stage n'était pas celui de voir améliorer la capacité de

A/1472/2015 - 33/37 - travail dans une activité adaptée, mais d'améliorer le confort de la patiente dans certains actes de la vie quotidienne, raison pour laquelle la date arrêtée par les experts au 17 décembre 2013 aurait tout aussi bien pu être fixée à une date antérieure au programme multidisciplinaire individualisé. Le fait que les experts n'arrivent pas aux mêmes conclusions que le médecin traitant, s'agissant de fixer la capacité résiduelle de travail de la recourante, ne signifie pas encore que le résultat auquel ils parviennent ne soit pas fiable : comme cela a déjà été relevé, les experts ont indiqué de façon motivée les raisons pour lesquelles ils ne pouvaient pas retenir l'avis du médecin traitant, par rapport à la capacité de travail résiduelle de l'assurée. Conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, la chambre de céans considère que les experts du SMR aboutissent à des résultats convaincants ; leurs conclusions sont sérieusement motivées, et leur avis ne contient pas de contradictions ; aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée ; le rapport se fonde sur des examens complets, et prend également en considération les plaintes exprimées ; il a enfin été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), et la description des interférences médicales est claire. Ainsi peut-il être reconnu à ce rapport une pleine valeur probante. Quant au médecin traitant de la recourante, il n'a jamais remis en cause les conclusions des experts : au contraire, par courrier du 8 janvier 2015, après examen du projet de décision du 4 décembre 2014, il a admis que la capacité résiduelle de travail de sa patiente était estimée à 75 %, mais avec les restrictions qu'il a énumérées. Loin de remettre en cause les conclusions des experts, il y adhère au contraire. A fortiori n'a-t-il pas mis en évidence la moindre contradiction ou élément permettant de douter de la fiabilité de l'avis des experts ainsi que de leurs conclusions. Il en va d'ailleurs de même de son courrier du 16 avril 2015, postérieur à la décision entreprise, dans lequel il allègue une aggravation de l'état de santé de sa patiente, depuis plusieurs semaines. S'adressant à l'OAI, rapportant pour l'essentiel les plaintes actuelles de l'assurée, il sollicite de l'intimé une nouvelle étude du dossier en vue de l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Étant rappelé au passage que le juge des assurances sociales rend sa décision en fonction de l'état de fait qui prévalait au moment de la décision entreprise, il appartenait à la recourante, respectivement à son médecin, de saisir l'OAI d'une nouvelle demande de révision. En l'occurrence, ce courrier du 16 avril 2015 a été soumis au SMR, lequel a relevé dans son rapport du 1er juin 2015, versé à la procédure, que le médecin traitant ne fournit aucun élément objectif permettant de justifier l'affirmation d'une détérioration de l'état de santé de sa patiente, avec une exacerbation des douleurs, depuis quelques semaines (en avril 2015). Ainsi, l'avis des experts ne saurait être remis en cause, de sorte que la décision entreprise, en tant qu'elle se fonde sur le rapport d'expertise du SMR, échappe à toute critique.

A/1472/2015 - 34/37 - Il n'y a dès lors pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire comme y conclut subsidiairement la recourante.

E. 23

Dans un autre grief, la recourante s'en prend aux conclusions de l'enquête ménagère, et conteste les taux d'empêchements retenus. La recourante ne conteste pas le statut mixte retenu, ni les pourcentages entre l'activité professionnelle (22 %) et l'activité dévolue aux tâches ménagères (78 %). Indépendamment du rapport entre la part active et les activités ménagères, la recourante croit voir une incohérence à considérer d'une part qu'on lui reconnaîtrait une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à hauteur de 75 % alors que, sans exigibilité, on lui reconnaîtrait un taux d'empêchement de 62 % dans l'exécution des tâches ménagères. Ce qui selon elle serait aberrant, dès lors que son ancienne profession, dans le nettoyage, ferait appel aux mêmes types de gestes et compétences. Cette argumentation tombe à faux : il est constant tout d'abord que la recourante est totalement incapable de reprendre une activité professionnelle de nettoyeuse, au vu des limitations fonctionnelles retenues de façon concordante par les divers médecins qui l'ont examinée, traitée ou expertisée. En revanche, la capacité résiduelle de travail fixée à hauteur de 75 % dans une activité adaptée ne vise évidemment pas un emploi de nettoyeuse. D'autre part et surtout, conformément à la jurisprudence, les conditions dans lesquelles une assurée effectue des tâches de nettoyage, professionnellement, ne peuvent pas être comparées à celles dans lesquelles elle se consacre aux tâches ménagères, dans son propre foyer. Elle a en effet toute latitude de s'organiser, en adaptant sa méthode de travail à ses limitations fonctionnelles, et en prenant toutes dispositions pour améliorer sa capacité de travail dans ce contexte, comme le lui impose d'ailleurs l'obligation de réduire le dommage. Dans son propre foyer, elle ne doit pas répondre à une obligation de rendement, de sorte que ce qui n'est plus possible dans le cadre d'une activité professionnelle peut encore l'être dans le domaine des tâches ménagères, moyennant les adaptations nécessaires et l'aide naturelle de l'entourage familial, généralement les enfants et le conjoint, qui font ménage commun avec elle.

E. 24

La recourante critique encore le taux d'empêchement retenu dans certaines rubriques spécifiques comme la lessive et l'entretien des vêtements, la conduite de son ménage, et le taux d'exigibilité de 30 % pris en compte pour l'aide et la participation apportée par son mari aux tâches ménagères. Ce taux serait injustifié dès lors que son mari serait absent du domicile toute la journée, au travail. Elle allègue encore que l'enquêtrice aurait retenu deux fois cette contribution du mari comme facteur de baisse: la première en portant le taux d'exigibilité à 30 % et la seconde, en réduisant le taux d'empêchement en raison de l'aide apportée. Ce grief est totalement infondé: il procède d'une mauvaise lecture sinon d'une incompréhension du tableau reproduit ci-dessus (En Fait, ad ch. 23 p. 12). Ceci dit le rapport d'enquête ménagère répond en tous points aux exigences de la jurisprudence rappelée précédemment pour qu'un tel document se voie reconnaître

A/1472/2015 - 35/37 - une pleine valeur probante: il a 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 tient compte des indications de l'assurée. Enfin, le texte du rapport apparaît plausible, il est motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même correspond-il aux

indications relevées sur place. Ce rapport d'enquête a donc pleine valeur probante ; et dès lors le juge n'intervient pas dans l'appréciation de son auteur. On relèvera au demeurant que la recourante ne motive aucune de ses critiques, par une argumentation mettant en évidence des éléments objectifs susceptibles de jeter un doute sur les conclusions de ce rapport. On remarquera enfin que, s'agissant de l'exigibilité retenue, l'enquêtrice précise bien que seule a été retenue l'aide apportée par le mari de la recourante qui fait ménage commun avec elle. Celle apportée par les filles – n'habitant plus au domicile de leurs parents –, mais qui selon la recourante viennent chacune régulièrement (plusieurs fois par semaine) faire quelques tâches ménagères, à sa demande quand elle a « vu ce qu'il y avait à faire dans la conduite du ménage », ou spontanément à l'occasion de leurs visites. On ne saurait dès lors que rejeter les griefs formés à l'encontre de ce rapport d'enquête.

E. 25

La recourante a enfin critiqué la manière dont a été calculé son « taux d'incapacité ». Elle reproche à l'intimé d'avoir pris pour base un revenu tiré des statistiques officielles correspondant à l'enquête suisse sur la structure des salaires, méthode ne permettant pas d'opérer des abattements supplémentaires pour les limitations (fonctionnelles en particulier). Elle vise en réalité la détermination du degré d'invalidité à laquelle l'intimé a procédé, le 11 novembre 2014. L'intimé a procédé conformément aux principes légaux et jurisprudentiels rappelés ci-dessus : 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) : lorsque la personne assurée ne peut plus exercer 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) ; 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 - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a et 5c/bb). C'est bien ainsi que l'intimé a procédé dans le cas particulier, en expliquant au demeurant en plus de détails comment il avait déterminé le revenu avec invalidité, respectivement le revenu sans invalidité.

A/1472/2015 - 36/37 - La recourante ne conteste pas le principe selon lequel, lorsque le revenu tiré des statistiques officielles de l'enquête suisse sur la structure des salaires est pris en compte pour le calcul du taux d'invalidité, un abattement supplémentaire pour les limitations fonctionnelles en particulier ne peut être appliqué. Elle considère en revanche que cette manière de procéder est choquante, dès lors que cette méthode ne tiendrait pas compte des limitations effectives. On ne saurait la suivre dans ce raisonnement : en effet, comme l'intimé l'a du reste expressément rappelé à l'appui de ses calculs, les limitations fonctionnelles, l'activité légère seule possible ou le taux d'occupation d'un assuré sont pris en compte dans la capacité de travail résiduelle déterminée par le SMR. En conséquence, ce grief est injustifié lui aussi.

E. 26

Entièrement mal fondé, le recours sera rejeté. 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 la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-

A/1472/2015 - 37/37 - 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.