

# **GE\_GERICHTE ATAS/602/2012 vom 8. Mai 2012**

GE Cour de justice, 2012-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_602\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_602_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/602/2012 du 8 mai 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/602/2012 del 8 maggio 2012

## **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.

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité, qui sont applicables au cas d'espèce, la demande de révision datant du 5 novembre 2008.

### **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. 5**

Le litige porte sur l'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis la décision du 22 janvier 2007, singulièrement sur ses empêchement d'effectuer les tâches ménagères.

### **E. 6**

a) 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

A/2694/2011 - 18/25 - 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). 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). b) 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.

## **E. 7**

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).

A/2694/2011 - 19/25 - b) 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. 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. 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. b) 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

A/2694/2011 - 20/25 - 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). c) 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).

#### **E. 9**

a) 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).

A/2694/2011 - 21/25 - Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Selon une récente jurisprudence du Tribunal fédéral (ATF 135 V 210), le Tribunal doit ordonner une expertise judiciaire lorsque les conclusions des experts mandatés par l'administration sont sérieusement remises en cause.

b) 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, 122 V 157 consid. 1d). c) 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). 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. 10**

En l'espèce, lors de la décision initiale d'octroi de rente, à défaut de pouvoir établir précisément le revenu de l'assurée avant et après l'atteinte à la santé en tant que maman de

jour, dans le but de fixer le taux d'invalidité dans la sphère professionnelle, l'OAI a décidé de tenir compte de cette activité professionnelle à 50% à titre "d'activités diverses" prévue par la dernière rubrique de l'enquête ménagère. Afin de procéder à un examen fiable de l'évolution de l'invalidité, il convient de faire de même, dérogeant ainsi aux principes en matière de méthode mixte. S'agissant de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, il convient de rappeler qu'avant la décision initiale, les seules atteintes à la santé ayant des répercussions

A/2694/2011 - 22/25 - sur la capacité ménagère et de travail selon le SMR étaient un léger syndrome lombo-vertébral avec sciatalgies bilatérales non déficitaires dans le cadre d'un trouble statique et dégénératif, un status post-pose d'une prothèse discale L3-L4 et L5-S1 en 2003 et une disbalance musculaire. C'est sur cette base que la capacité ménagère et professionnelle de l'assurée a été déterminée. Les divers rapports médicaux produits attestent de l'apparition de plusieurs troubles supplémentaires, Une cervico-discarthrose C6-C7 à prédominance droite a été opérée en avril 2007 dont l'évolution est marquée par la persistance de douleurs. La patiente a présenté une recrudescence des troubles urinaires malgré une opération en 2007. Elle a présenté une gêne progressive du membre inférieur droit avec irradiations dans la jambe éventuellement consécutive à l'opération du hallus-valgus en 2009. Elle a présenté une tendinopathie calcifiante des sus-épineux selon l'IRM de mai 2010. Les documents mentionnant ce qui précède étaient en main du SMR lors de la décision litigieuse. Les explications du Dr B \_\_\_\_\_, qui a l'avantage d'avoir une vision d'ensemble et sur une longue durée de l'état de santé de sa patiente et malgré la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, sont convaincantes : prises séparément, les pathologies cardiaques et urinaires sont sans répercussion durable sur la capacité ménagère de l'assurée, mais ces pathologies, ajoutés aux troubles principaux, aggravent ponctuellement le tableau (fatigue, fièvre, convalescence, nécessité de s'allonger, etc.). Il est ainsi établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'état de santé de l'assurée s'est aggravé depuis début 2007. Contrairement à ce que soutient le SMR, cette aggravation ressortait des pièces produites et elle était clairement mentionnée par le Dr B \_\_\_\_\_, dont l'avis de médecin traitant ne peut être simplement ignoré. Il est par contre vrai que les rapports de Dr J \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ datant de 2009 et 2010 ne permettaient pas de déceler cette aggravation. Le Dr H \_\_\_\_\_ du SMR s'est fondé sur un seul rapport pour estimer qu'il n'y avait pas d'aggravation. Il a ensuite motivé cet avis sur un examen erroné du rapport d'enquête des HUG sans réaliser qu'il ne tenait pas compte de l'activité de maman de jour et tout en admettant qu'il n'avait pas saisi celui fait en 2006. Il a finalement indiqué que l'âge et la multiplication des interventions implique qu'il n'y a pas d'amélioration, alors que peu importe l'étiologie de l'aggravation. En application de la jurisprudence, l'OAI devait donc ordonner soit un examen soit une expertise multidisciplinaire. De plus, le témoignage de la fille de l'assurée et des deux médecins traitants, qui estiment la patiente parfaitement fiable dans ses plaintes, montre que celle-ci a dû abandonner progressivement toute activité de maman de jour dès 2009, y compris avec de grands enfants, ce qui justifie en soi une augmentation du taux d'invalidité de 10%. De même, l'exigibilité des membres de la famille est une composante de

A/2694/2011 - 23/25 - l'évolution du taux d'invalidité qui doit être prise en compte lors d'une révision, même en l'absence d'aggravation de l'état de santé. Pour l'ensemble des ces motifs, la décision de refus d'augmenter la rente d'invalidité au motif qu'aucune aggravation

de l'état de santé n'est constatée, est mal fondée. Cela étant, si l'augmentation des limitations fonctionnelles semble très probable, les limitations précises de l'assurée n'ont pas été établies médicalement. A cela s'ajoute le fait que l'assurée présente de nouvelles affections postérieures à la décision, qui ont donné lieu à diverses interventions. Bien que la récente jurisprudence du Tribunal fédéral commande à la juridiction cantonale d'ordonner une expertise judiciaire, ce principe souffre des exceptions. D'une part, s'il s'avère que l'administration n'a pas procédé aux mesures d'instruction requises sur la base des éléments du dossier, car l'expertise judiciaire ne doit pas être un "oreiller de paresse". D'autre part, s'il convient de renvoyer la cause à l'administration pour procéder également à d'autres actes d'instruction, que l'administration est mieux à même d'effectuer. Or, tel est le cas en l'espèce. En effet, si la Cour ordonnait une expertise, qui retiendrait par hypothèses de nouvelles limitations, qui confirmeraient alors selon toute vraisemblance le bien fondé de l'enquête ménagère des HUG, dont la qualité et, partant la valeur probante, sont en l'espèce équivalentes à une enquête de l'OAI, il conviendrait dans tous les cas de renvoyer la cause à l'OAI pour qu'elle détermine quelle est l'exigibilité des autres membres de la famille, eu égard aux modifications successives de la composition du groupe familial et des occupations de ses membres. Compte tenu de ce qui précède, la cause sera renvoyée à l'OAI pour une instruction médicale complémentaire, sous la forme d'un examen complet pluridisciplinaire ou d'une expertise neutre, le cas échéant à la CRR, permettant l'examen de l'assurée du point de vue ostéo-articulaire, interne, urologique et cardiologique, avec une appréciation de l'évolution dans le temps, y compris jusqu'en 2012, éventuellement lors d'un séjour permettant l'appréciation concrète de ses limitations. En second lieu, si l'examen ou l'expertise confirme l'aggravation et l'importance des limitations retenues par l'enquête des HUG, il ne sera pas nécessaire de refaire une telle enquête, mais uniquement de déterminer précisément la participation exigible des membres de la famille, étant précisé que le rapport de 2006 n'est absolument pas clair sur ce point et que la note de travail du 11 janvier 2011 ne tient pas compte des modifications successives de la structure familiale et, surtout, omet de tenir compte d'un statut mixte, 50% de l'activité ménagère étant dévolue en fait à une activité professionnelle de maman de jour qui n'était déjà plus totalement exigible en 2006. A cet égard, on relèvera que la fille aînée a quitté la maison en 2009, la cadette en été 2011 et que cette dernière semble à première vue avoir assumé des

A/2694/2011 - 24/25 - tâches ménagères et de remplacement de sa mère dans son activité professionnelle excédant ce qui est admissible, mais qu'en contrepartie, le mari qui ne travaille plus depuis une date non déterminée, peut en conséquence participer aux tâches de façon plus importante qu'en 2006, sans savoir s'il a ultérieurement repris une activité.

## **E. 11**

Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 12 juillet 2011 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour une instruction complémentaire au sens des considérants. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 2'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG), eu égard au nombre d'audiences et d'écritures. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/2694/2011 - 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.