

# **GE\_GERICHTE ATAS/630/2017 vom 12. Juli 2017**

GE Cour de justice, 2017-07-12, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_630\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_630_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/630/2017 du 12 juillet 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/630/2017 del 12 luglio 2017

## **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 - 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 respectivement le 1er janvier 2004, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. De même, les modifications du RAVS du 24 septembre 2010, entrées en vigueur le 1er janvier 2011 ont entraîné la modification de plusieurs dispositions légales dans le domaine de l'assurance-vieillesse et survivant, et par conséquent de l'assurance-invalidité, lorsque la LAI y renvoie. 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, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

### **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 (art. 56 ss LPGA).

### **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). En vertu de l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail, toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain, toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de A/1350/2016 - 16/28 - 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. 6**

a) 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. 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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). b) En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c).

#### **E. 7**

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). b) 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

A/1350/2016 - 17/28 - clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

## **E. 8**

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). b) 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). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

A/1350/2016 - 18/28 - d) 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'écartier 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). e) 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). f) Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). g) 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. cc). h) 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 oeuvre 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

A/1350/2016 - 19/28 - 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. 9**

a) 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). b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des

investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références). c) 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

A/1350/2016 - 20/28 - procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b).

## **E. 10**

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 (ATF 133 V 504 consid. 3.3). 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, 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). En revanche, le choix de la méthode applicable d'évaluation de l'invalidité ne doit pas s'effectuer d'après des critères liés spécifiquement au sexe de l'assuré ou qui seraient incompatibles avec l'interdiction constitutionnelle de la discrimination (ATF du 17 février 2005 I 276/05, consid. 4.3). 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 consid. 3, ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

## **E. 11**

a) 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. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être

A/1350/2016 - 21/28 - déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) éditée par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et

professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). Toutefois, dans certains domaines d'activités dans lesquels les postes à temps partiel sont répandus et répondent à un besoin de la part des

A/1350/2016 - 22/28 - employeurs, comme celui d'employée de bureau, le critère du taux d'occupation n'a guère d'importance (ATF du 30 avril 2012 9C 751/2011). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C\_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en

A/1350/2016 - 23/28 - valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et

subjectives (ATF non publié 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). d) Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). e) Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

## **E. 12**

a) En l'espèce, le rapport médical du Dr P\_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels précités pour qu'il lui soit reconnu une pleine valeur probante. Le grief formulé à son encontre par la recourante selon lequel ce praticien s'est prononcé sans disposer d'examen radiologiques mais uniquement sur la base des rapports établis à la suite de ces derniers n'est pas fondé. Tant l'analyse que les diagnostics et les limitations fonctionnelles que le Dr P\_\_\_\_\_ a retenus sont convaincants et, somme toute, comparables à ceux des médecins ayant suivi la recourante pour la prise en charge des problèmes de santé de cette dernière. L'autorité intimée a justement relevé que, dans son recours, la recourante n'a apporté aucun élément médical objectif qui aurait été ignoré à l'occasion de l'examen clinique. Dès lors, la chambre de céans retiendra plusieurs diagnostics avec une répercussion durable sur la capacité de travail, c'est-à-dire dysplasie de la hanche droite (Q 65.8), statut après traumatisme du membre inférieur droit, statut après probable lésion du nerf sciatique du membre inférieur droit par injection intramusculaire, lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis sur raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit (M 54.5), suspicion clinique de syndrome du tunnel carpien gauche. De même, elle retiendra plusieurs limitations fonctionnelles : nécessité de pouvoir alterner trois fois par heure la position assise et la position debout, voire possibilité d'alterner la position assise et la position debout à la guise de l'assurée, en privilégiant un travail en position assise, pas de soulèvement ou de port régulier de charges d'un poids excédant cinq kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations ; ainsi qu'au niveau des membres inférieurs, pas de genuflexion, pas de franchissement d'escabeau ou échelle, pas de travail en hauteur, pas de marche en terrain irrégulier, éviter la pratique d'escaliers, pas de marche de plus de cinq minutes, pas de position debout de plus d'un quart d'heure. L'instruction de l'autorité intimée à cet égard doit être approuvée.

A/1350/2016 - 24/28 - De manière convaincante, le Dr P\_\_\_\_\_ a également conclu que la recourante avait une capacité de travail de 0% dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeuse, dès le 11 mars 2013. En revanche, dès cette date, dans une activité adaptée, devant être traduite en termes de métier par un spécialiste en réadaptation, la recourante avait une capacité de travail réduite à 50%, car, selon les termes du praticien, il n'existait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail supérieure à 50%. Approuvé par la Dresse O\_\_\_\_\_, l'avis du Dr P\_\_\_\_\_ aboutit à admettre une incapacité de travail définitive de 50%, dans toute activité. La chambre de céans retiendra ces appréciations, parfaitement convaincantes au regard de l'ensemble du dossier de la cause ainsi que des diagnostics et des limitations fonctionnelles qui ont été établies. b) Au vu de la capacité de

travail réduite de 50%, il importe d'analyser s'il faut reconnaître à la recourante un statut d'active ou un statut mixte, car, en l'état du droit suisse, l'incapacité de travail définitive de 50% de la recourante n'a pas la même portée selon la méthode d'évaluation de l'invalidité qu'il convient d'appliquer. En l'occurrence, la réponse à cette question est moins évidente que ce qu'elle peut le paraître à première vue. En effet, il résulte du dossier qu'une part significative des diagnostics ayant une répercussion durable sur la capacité de travail de la recourante est ancienne et même antérieure à l'arrivée de la recourante en Suisse. A tout le moins au degré de la vraisemblance prépondérante, qui suffit, tel est le cas de la dysplasie de la hanche droite, que les Drs N\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont décrite comme congénitale (le second de ces praticiens ayant utilisé l'adjectif « vraisemblable », mais pas le premier, qui n'a pas tempéré sa constatation médicale), sans qu'aucun des autres médecins s'étant exprimés n'ait contesté l'origine congénitale ou ait décrit d'autres causes. Tel est aussi le cas pour les statuts après traumatisme du membre inférieur droit et après lésion probable du nerf sciatique du membre inférieur droit, que tant le Dr P\_\_\_\_\_ que les autres praticiens ont rattaché à des événements antérieurs à l'arrivée de la recourante en Suisse. S'agissant des lombalgies dans le cadre de troubles statiques du rachis sur raccourcissement et atrophie du membre inférieur droit, le Dr P\_\_\_\_\_ a retenu que la recourante présentait des douleurs lombaires déjà avant l'incapacité de travail ayant débuté le 11 mars 2013, mais moins intenses. Avant lui, le Dr M\_\_\_\_\_ avait déjà décrit une symptomatologie de douleurs lombaires inférieures depuis les années 90 qui s'était exacerbée sans événement déclenchant aigu. Dans ce contexte, où les problématiques de santé sont anciennes, l'on peut se demander si l'activité professionnelle à temps partiel de la recourante n'est pas déjà la conséquence des atteintes antérieures dans la santé physique de cette dernière. Le rapport de l'enquête ménagère indique que, sans handicap, la recourante exercerait une activité lucrative pour des raisons financières, car le revenu de son mari était modeste et que le salaire de la recourante était indispensable (le dernier employeur de la recourante a également fait référence à une double motivation, à la fois morale

A/1350/2016 - 25/28 - et financière, pour expliquer la persévérance de la recourante dans son activité, malgré la pénibilité du travail). Le rapport ne précise toutefois pas le taux d'activité auquel elle serait active si elle n'était pas atteinte dans sa santé physique. Pour sa part, la recourante n'a pas contesté l'application de la méthode mixte dans son recours. Dès lors, au degré certes de la vraisemblance prépondérante, il n'apparaît pas qu'étant valide, la recourante aurait exercé une activité lucrative à temps complet, mais plutôt qu'elle aurait partagé son temps entre une activité lucrative à temps partiel et la tenue de son foyer familial, ce qui correspond à l'historique effectif du dossier. Il n'est pas établi que cet historique, notamment la succession de périodes de travail à temps partiel, aurait été causé par les atteintes dans la santé physique de la recourante, plutôt que par les choix de vie de cette dernière. La chambre de céans reconnaitra à la recourante un statut mixte, consistant à retenir une activité professionnelle à 50% et la réalisation de travaux habituels pour le 50% restant. Si la recourante devait souhaiter augmenter son taux d'activité dans le futur, ce qui est fréquemment le cas des mères lorsque les enfants grandissent, il conviendra de modifier la méthode d'évaluation de l'invalidité, ce qui aura pour effet d'accorder une importance différente à l'incapacité de travail définitive à 50% dans toute activité, aspect dont la Dresse O\_\_\_\_\_ était consciente dans son rapport du 29 septembre 2014. c) La recourante conteste les résultats et conclusions de l'enquête économique sur le ménage effectuée à son domicile en date du 18 mai 2015. Il est vrai qu'à cet égard, la lecture du dossier fait apparaître des discordances entre le rapport d'enquête et le tableau de calcul qui y est annexé s'agissant de

l'exigibilité de l'époux et des deux enfants aînés. Le premier indique une exigibilité de 30% pour l'entretien du logement ainsi que la lessive et l'entretien des vêtements, alors que le deuxième ne mentionne qu'une exigibilité de 25% pour ces critères. Aussi, pour les emplettes et les courses diverses, une pondération de 10% est excessive, car la recourante ne s'est jamais occupée des démarches administratives. En outre, cette dernière habite au centre-ville, dans un quartier offrant de nombreux magasins de gros distributeurs ou commerces de proximité, de sorte que la tâche des commissions ne présente pas de difficultés particulières. Pour ce critère, la pondération doit être de 5%. Il se justifie d'augmenter d'autant le critère soins aux enfants ou aux autres membres de la famille, au vu de la taille du foyer et du fait que la recourante s'occupait de ses enfants avant l'atteinte. La chambre de céans retiendra les taux de pondération comme il suit : 5% pour la conduite du ménage, 30% pour l'alimentation, 20% pour l'entretien du logement, 5% pour les emplettes et les courses diverses, 20% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 20% pour le soin aux enfants ou aux autres membres de la famille. S'agissant des taux d'empêchement, la recourante est convaincante lorsqu'elle critique les résultats de l'enquête ménagère. L'on rappellera à ce propos qu'il résulte de l'avis des Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_ une incapacité de travail définitive de 50% dans toute activité, une capacité de travail nulle comme nettoyeuse, et une capacité

A/1350/2016 - 26/28 - de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, avec d'importantes limitations. Ainsi, un empêchement évalué à 60% pour l'entretien du logement, à savoir des tâches qui sont proches de celles d'une nettoyeuse, n'est pas congru avec ces appréciations médicales, dont il faut tenir compte. Dès lors, l'évaluation de l'empêchement doit être fixée à 90% pour ce critère, comme la recourante ne peut désormais effectuer que le ménage à sa hauteur à l'exclusion de toute autre tâche relevant de ce critère. Pour des raisons similaires, doivent également être corrigés les taux d'empêchement des autres critères, à l'exclusion des critères concernant la conduite du ménage ainsi que les emplettes et les courses diverses. La chambre de céans retiendra les taux d'empêchement suivants : 0% pour la conduite du ménage, 70% pour l'alimentation, 90% pour l'entretien du logement, 70% pour les emplettes et les courses diverses, 80% pour la lessive et l'entretien de vêtements, 70% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille. Concernant les taux d'exigibilité, il convient de les fixer à hauteur de 30%, sauf pour les tâches les plus exigeantes, c'est-à-dire l'entretien du logement ainsi que la lessive et l'entretien des vêtements, pour lesquelles la contribution des enfants de la recourante en plus bas âge est peu exigible. Pour ces critères, une exigibilité de 25% se justifie, ce qui correspond au demeurant aux taux mentionnés dans le tableau de calcul. En résumé, la chambre de céans retiendra les suivants taux d'exigibilité : 30% pour l'alimentation, 25% pour l'entretien du logement, 30% pour les emplettes et les courses diverses, 25% pour la lessive et l'entretien des vêtements, 30% pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille. Il résulte de l'analyse qui précède un calcul pour le taux d'empêchement pondéré avec exigibilité dans les travaux usuels comme il suit :  $0\% \times 5$  pour la conduite du ménage +  $(70\% - 30\%) \times 30$  pour l'alimentation +  $(90\% - 25\%) \times 20$  pour l'entretien du logement +  $(70\% - 30\%) \times 5$  pour les emplettes et les courses diverses +  $(80\% - 25\%) \times 20$  pour la lessive et l'entretien des vêtements +  $(70\% - 30\%) \times 20$  pour les soins aux enfants ou aux autres membres de la famille. Le taux d'empêchement pondéré est donc de 46% ( $0\% + 12\% + 13\% + 2\% + 11\% + 8\%$ ). d) La recourante conteste également sa perte économique dans le domaine professionnel. Elle soutient qu'elle est tellement limitée d'un point de vue fonctionnel qu'elle est incapable de travailler dans toute activité. Avec

raison, la recourante ne conteste pas le revenu sans invalidité, fixé à hauteur de CHF 26'383.-. Concernant le revenu avec invalidité, l'autorité intimée n'a pas traduit l'activité adaptée en termes de métier, ce qui était pourtant préconisé par les Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. En outre, les limitations fonctionnelles sont importantes. Néanmoins, la recourante a une capacité de travail résiduelle de 50%. Il ne se justifie donc pas de considérer qu'elle serait incapable de travailler dans toute activité. L'importance des limitations fonctionnelles doit être prise en considération sous l'angle d'une réduction du salaire ressortant des statistiques. A cet égard, la fiche de

A/1350/2016 - 27/28 - détermination du degré d'invalidité du 17 mars 2015 tient compte des limitations fonctionnelles pour aboutir à une réduction de 10%. Quant à lui, le projet de décision du 4 août 2015 affirme, avec raison, tenir en outre compte du fait que seule une activité légère soit possible, mais sans que cette circonstance ne comporte de réduction supplémentaire, car celle-ci est restée fixée à 10%, ce qui n'est pas cohérent. Il convient encore de retenir que la recourante n'a aucune ancienneté dans un domaine autre que celui du nettoyage, activité qu'elle ne peut plus pratiquer. Elle est de nationalité étrangère et elle ne parle pas bien le français, langue dans laquelle elle éprouve une grande difficulté à s'exprimer et qu'elle ne sait pas bien écrire, selon le Dr P\_\_\_\_\_. En outre, l'état de santé de la recourante n'est compatible qu'avec un taux d'occupation à temps partiel, au maximum à 50%. Enfin, il résulte du rapport d'évaluation de PRO, pour qui la situation médicale de la recourante était incompatible avec le premier marché, que le rendement de qualité de la recourante est légèrement diminué (90%) et le rendement en temps sensiblement diminué (60%). Dans la mesure où, pendant l'évaluation chez PRO, la ventilation du taux d'activité de 50% sur quatre jours hebdomadaires a été indiquée par certificat médical afin que la recourante puisse disposer d'un jour de récupération dans la semaine, la thèse d'une surcharge journalière selon la Dresse O\_\_\_\_\_, reprise par le Dr P\_\_\_\_\_, pour expliquer la diminution de rendement ne convainc pas. Compte tenu de l'ensemble de ces circonstances, il se justifie d'appliquer une déduction de 25% sur le salaire statistique. Le revenu sans invalidité de la recourante doit être fixé à concurrence de CHF 19'422.- ( $75\% \times 50\% \times \text{CHF } 51'793.-$ ). Il en résulte une perte économique de CHF 6'961.- ( $\text{CHF } 26'383.- - \text{CHF } 19'422.-$ ), soit de 26.38%. e) Compte tenu d'un empêchement dans la sphère ménagère fixé à hauteur de 46%, le degré d'invalidité est de 36.19% ( $50\% \times 26.38\% + 50\% \times 46\%$ ), arrondi à 36%, de sorte que la recourante n'a pas de droit à une rente d'invalidité.

### **E. 13**

Mal fondé, le recours doit être rejeté.

Un émolument de CHF 200.- est mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1350/2016 - 28/28 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.