

GE_GERICHTE ATAS/665/2009 vom 28. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_665_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/665/2009 du 28 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/665/2009 del 28 maggio 2009

Erwägungen

E. 9

Par écriture du 29 janvier 2008, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal de céans en concluant à la mise sur pied d'une expertise, au moins psychiatrique, pour établir un diagnostic et déterminer l'incidence de ses troubles psychiques sur sa capacité de travail et dans l'accomplissement de ses tâches ménagères. Quant au fond, l'assurée a conclu à l'octroi d'une rente entière. La recourante reproche à l'OCAI de ne pas avoir tenu compte des renseignements fournis par le Dr P _____ et de s'être contenté d'affirmer que l'épisode dépressif réactionnel était en rémission, sans fournir aucune explication précise à ce sujet. Elle fait remarquer que l'avis du Dr P _____, s'il est succinct, est en tous cas plus précis que celui du SMR Léman, et qu'il est par ailleurs corroboré par celui du Dr Q _____, également psychiatre FMH, qui, le 25 janvier 2008, a confirmé que sa capacité de travail était nulle en raison des troubles psychiques qu'elle présente. Elle conteste par ailleurs les conclusions de l'enquête économique sur le ménage, menée le 19 juillet 2007. S'appuyant sur l'avis de son médecin-traitant, le Dr L _____, l'assurée allègue que son état de santé s'est aggravé, ainsi que cela ressortait d'ailleurs du rapport adressé le 27 janvier 2005 à l'OCAI.

A/274/2008 - 5/15 - La recourante allègue que ses atteintes sont essentiellement d'ordre psychiatrique et reproche à l'OCAI de ne pas avoir mené des investigations suffisantes sur ce plan.

E. 10

A l'appui de son recours, l'assurée a produit un bref rapport médical du Dr Q _____ dont il ressort qu'elle se plaint de douleurs dans tout le corps, de fatigue, d'irritabilité, de troubles du sommeil et d'humeur dépressive, qu'elle est sous antidépresseur et également sous somnifère au besoin. Le médecin émet l'avis que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans l'activité de nettoyeuse et se déclare incapable de se prononcer sur sa capacité à assumer les tâches ménagères.

E. 11

Invité à se déterminer, l'OCAI, dans sa réponse du 19 mars 2008, a conclu au rejet du recours. S'agissant de l'enquête économique, il relève que l'assurée n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause ses conclusions. Quant aux atteintes à sa santé et à leur répercussion sur sa capacité de travail, l'OCAI se réfère à l'avis de la Dresse R _____, médecin-conseil au SMR, du 12 mars 2008. Ce médecin indique que les arguments donnés par le psychiatre-traitant sont « très pauvres et ne permettent pas de retenir les critères diagnostiques ». La Dresse R _____ émet l'opinion que le rapport médical, très succinct, n'apporte pas d'élément nouveau, que l'anamnèse et le status sont très peu détaillés et insuffisants pour conclure que des éléments qui n'auraient pas été pris

en compte dans l'examen clinique du SMR.

E. 12

Dans sa réplique du 15 mai 2008, la recourante a relevé que si l'opinion du médecin-traitant, vu les liens de confiance qui l'unissent à son patient, n'est pas préférable à celle d'un expert, ce principe connaît des limites, notamment lorsque, comme en l'espèce, l'OCAI n'a pas ordonné de véritable expertise médicale, mais s'est contenté de l'avis de son Service médical régional, d'autant plus que le rapport de ce service est manifestement erroné, n'est plus d'actualité et contredit par deux médecins psychiatres.

E. 13

Une audience s'est tenue en date du 14 août 2008, au cours de laquelle a été entendu le Dr Q_____. Ce dernier a confirmé les conclusions de son rapport du 25 janvier 2008 et les diagnostics retenus par son prédécesseur et lui-même, à savoir : trouble dépressif sévère et fibromyalgie. Le témoin a expliqué que sur le plan strictement psychique, l'assurée présente tout un ensemble de manifestations qui sont allées crescendo jusqu'à rendre nécessaire une hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana en avril 2008.

A/274/2008 - 6/15 - Le fonctionnement familial devenait en effet difficile. Depuis, son état s'est quelque peu amélioré. Il fluctue beaucoup dans le temps au gré du contexte familial, social et personnel. Le témoin a indiqué qu'il suit la recourante depuis le 19 avril 2005, date à laquelle elle présentait déjà ces troubles, dont il est probable qu'ils remontaient à quelques mois, sans qu'il puisse préciser quand ils sont apparus exactement. S'agissant de la capacité de travail de la recourante, le témoin a rencontré des difficultés à répondre. Il a relaté qu'elle exerçait encore son activité de nettoyeuse lorsqu'il a commencé à la suivre. Son état s'est cependant ensuite péjoré au point qu'elle n'a plus pu l'assumer. S'agissant de l'accomplissement des tâches ménagères, le témoin n'a pas pu non plus se déterminer, indiquant cependant qu'il avait toutes les raisons de croire ce qu'affirme la recourante et qu'il était vraisemblable qu'elle soit limitée à cet égard.

E. 14

Entendue en comparution personnelle, la recourante a déclaré avoir mis fin à son activité neuf mois plus tôt environ car elle ne pouvait plus l'assumer en raison de son asthme, de ses maux de dos et du fait qu'elle a dû subir plusieurs opérations. En outre, le stress et l'angoisse étaient devenus tels qu'elle en avait la gorge serrée. La recourante a expliqué avoir chuté à deux reprises, ce qui a entraîné une fracture des cervicales en 1999. Malgré une opération, les douleurs ont persisté depuis lors. Malgré la médication, elle rencontre beaucoup de difficultés à dormir en raison des douleurs et de sa nervosité. Par ailleurs, elle souffre de se retrouver dans une telle situation. Encore jeune, elle affirme qu'elle aimerait pouvoir travailler et ne pas dépendre de l'aide de ses proches. Ses enfants et son mari s'éloignent d'elle en raison de son état de santé. Ses cinq enfants vivent encore avec elle. Ce sont ses filles de 17 et 21 ans qui assument le ménage pour la plus grande part. Les trois autres enfants vont souvent manger à l'extérieur car elle a du mal à préparer les repas. La recourante affirme que son état s'est aggravé en 2007. Elle a encore essayé de travailler durant trois mois mais a dû renoncer.

E. 15

En date du 15 août 2008, le Q_____ a communiqué au Tribunal de céans le rapport de la Clinique genevoise de Montana du 28 mai 2008. Il en ressort que l'assurée y a séjourné

du 29 avril au 13 mai 2008 et que le diagnostic principal de trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen à sévère en rémission a été retenu. Ont également été mentionnés à titre de comorbidités un trouble somatoforme douloureux et une notion d'asthme.

E. 16

Par écriture du 29 août 2008, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle soutient que le rapport de la Clinique de Montana corrobore les renseignements

A/274/2008 - 7/15 - fournis par les Drs P _____ et Q _____ et maintient qu'une expertise pluridisciplinaire à la fois rhumatologique et psychiatrique permettrait de mieux évaluer l'importance de son incapacité de travail, ainsi que dans l'accomplissement de ses tâches ménagères.

E. 17

Quant à l'OCAI, par écriture du 1er septembre 2008, il a également persisté dans ses conclusions. Il reconnaît que l'assurée présente des aggravations ponctuelles et épisodiques de son syndrome douloureux, mais estime qu'elles n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail de manière durable. Il se réfère à cet égard à l'avis de la Dresse R _____ du 28 août 2008. Cette dernière relève que le psychiatre-traitant a eu de la peine à préciser la capacité de travail de sa patiente, ainsi qu'à évaluer sa capacité à accomplir ses tâches ménagères. Elle fait valoir qu'il n'y a « aucun élément qui nous permette de nous prononcer de manière précise puisque le psychiatre-traitant mentionne pouvoir poser le diagnostic sur les manifestations présentées par l'assurée, mais ne les décrit pas, ce qui aurait été intéressant ». Elle constate qu'à la sortie de la Clinique de Montana, le trouble était en rémission, ce qui confirme l'évolution favorable mentionnée par le médecin traitant. La Dresse R _____ en tire la conclusion que l'assurée a présenté une aggravation de son syndrome douloureux, accompagnée d'une augmentation des symptômes dépressifs, mais que ceux-ci ont bien répondu à une hospitalisation de quinze jours. Il ne s'agit dès lors pas d'une aggravation durable de l'état de santé de l'assuré, mais d'une humeur dépressive aggravée qui entre dans le cadre de symptômes dépressifs d'accompagnement au trouble douloureux et qui avait été retenue à l'époque comme un épisode dépressif réactionnel en rémission lors de l'examen pratiqué au SMR. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

A/274/2008 - 8/15 - Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle

réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. Le présent litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement sur son statut et son degré d'invalidité. 4. 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). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2).

A/274/2008 - 9/15 - Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (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 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa

A/274/2008 - 10/15 - désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c ; OMLIN, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante 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. Étant 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 5. En l'espèce, l'OCAI a considéré que la capacité de la recourante à continuer à assumer son travail de nettoyeuse deux heures par jour était conservée, raison pour laquelle il a conclu à un degré d'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle.

A/274/2008 - 11/15 - La recourante conteste pouvoir continuer à travailler et reproche à l'intimé de n'avoir pas suffisamment investigué ses problèmes psychiques. Cependant, force est de constater à la lecture des pièces médicales que seul le Dr P _____ a posé le diagnostic d'épisode dépressif épisode sévère. Cette affirmation, aucunement étayée, est en contradiction avec les conclusions du SMR. Elle n'est par ailleurs corroborée par aucun autre élément au dossier. Ainsi, le Dr L _____ parle de trouble psychiatrique non déterminé et les Drs M _____ et Q _____ de trouble dépressif récurrent épisode moyen. Quant au rapport de la Clinique de Montana, il parle même de rémission. Devant une telle divergence d'opinions, il eût sans doute été approprié de procéder à des investigations supplémentaires sur le plan psychique, d'autant que la Dresse R _____, du SMR, a reconnu être dans l'impossibilité de se prononcer de manière précise dans la mesure où les manifestations n'étaient pas suffisamment décrites par le psychiatre-traitant. Il ne se justifie cependant pas, dans le cas particulier, de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique, la question de la répercussion d'une atteinte éventuelle sur la capacité de travail de l'assurée pouvant rester ouverte. En effet, ainsi que le fait remarquer l'intimé, même si l'on admet la totale incapacité de la recourante à exercer une activité lucrative, le degré d'invalidité global obtenu en définitive demeure insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité, ainsi que cela va être démontré ci-dessous. 6. La recourante conteste également l'empêchement retenu dans la sphère ménagère. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer 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 handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en

A/274/2008 - 12/15 - l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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 (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les

résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3) En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère. En effet, aucun des médecins interrogés n'a pu se déterminer sur la capacité de l'assurée à s'occuper de son ménage. Par ailleurs, l'assurée n'a pas amené d'éléments objectifs permettant de contester les empêchements retenus par l'enquêtrice dans les différents postes. Il convient enfin de rappeler qu'il découle de l'obligation de réduire le dommage, de tenir compte de l'aide que peuvent apporter les proches à l'assurée. En conséquence, le Tribunal constate qu'en l'occurrence, il n'y a pas lieu de s'écarter du degré d'invalidité de 15,75% retenu dans la sphère ménagère. 7. a) Se pose à présent la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. L'intimé a considéré qu'elle devait être qualifiée de personne active à 25%, ce que l'intéressée conteste, alléguant qu'elle aurait souhaité travailler à plein temps. b) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (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

A/274/2008 - 13/15 - 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 - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, ou s'il se consacrerait uniquement à ses travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et réf. citées). Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une. c) En l'espèce, il convient de relever que l'assurée, dans le questionnaire servant à déterminer son statut, a d'abord affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler à 25% en raison de ses obligations familiales (elle est en effet mère de cinq enfants). En présence de deux versions des faits différentes, il faut, selon la jurisprudence, donner la préférence à celle que l'assuré a donnée en premier, alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a et les références, VSI 2000 p. 201 consid. 2d). En conséquence, c'est à juste titre que l'intimé a considéré l'assurée comme active à 25%

seulement. d) En conclusion, les griefs de la recourante relatifs à la qualification de son statut par l'intimé sont rejetés. Elle doit être considérée comme une personne active à 25 % seulement. 8. Reste donc à calculer le taux d'invalidité présenté par la recourante.

A/274/2008 - 14/15 - Si l'on considère que l'assurée est totalement incapable, désormais, d'exercer une activité lucrative, l'évaluation du taux d'invalidité global au moyen de la méthode mixte d'évaluation se déterminera à l'aide de la formule suivante :

$$E \times IE + ([EZ - E] \times H) \div EZ$$

E = travail fourni par l'assuré avant invalidité (activité lucrative en heures par semaine) IE = handicap rencontré en tant que personne exerçant une activité lucrative en pourcent EZ = durée de travail normale des personnes exerçant une activité lucrative à plein temps dans la branche concernée, en heures par semaine H = handicap rencontré dans le ménage en pour cent.

Le calcul à effectuer est donc le suivant : $[10 \times 100 + ([40 - 10] \times 15.75)] \div 40 = 36.81\%$, taux insuffisant à ouvrir droit à une rente.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

A/274/2008 - 15/15 -

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