

## **GE\_GERICHTE ATAS/784/2012 vom 11. Juni 2012**

GE Cour de justice, 2012-06-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_784\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_784_2012)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/784/2012 du 11 juin 2012

IT: GE\_GERICHTE ATAS/784/2012 del 11 giugno 2012

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (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) 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 345 consid. 3).

b) Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, l'objet du litige porte sur une demande de prestations du 12 décembre 2008, de sorte que sont applicables les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 et celles du 6 octobre 2006 (5ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 pour les faits postérieurs à son entrée en vigueur. En revanche, les modifications de la LAI du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2012 ne sont pas applicables au cas d'espèce, en égard au principe précité.

#### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

#### **E. 4**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute

diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les

A/3466/2011 - 11/27 - 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. 4.2**

et 123 V 233 consid. 3c ainsi que les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents) et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est pas déterminante pour le calcul de l'invalidité lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et par conséquent qu'elle a besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

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

A/3466/2011 - 21/27 - 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). 12. a) En l'espèce, le Dr P\_\_\_\_\_, qui a examiné la recourante, a estimé que celle-ci a présenté une capacité de travail de 50 % du 1er mars 2007 au 31 mars 2009, de 25 % du 1er avril 2009 au 31 décembre 2010 et nulle depuis le 1er janvier 2011. Il a également pris en compte les affections somatiques survenues en 2007 puisqu'il relève que la recourante a, à cette époque, été victime d'une pneumonie, d'une méningite et d'une septicémie ayant entraîné une hospitalisation de deux semaines (rapport du 28 février 2011

p. 2). Le Dr N\_\_\_\_\_ a confirmé dans son avis du 29 mars 2011 les capacités de travail fixées par le Dr P\_\_\_\_\_ ; il a ainsi précisé son premier avis du 18 octobre 2010 dans lequel il avait admis une incapacité de travail totale depuis mars 2007 sur la base des seuls rapports des médecins-traitants de la recourante et sans avoir connaissance du fait que celle-ci avait augmenté son temps de travail en 2007 et 2008 par rapport aux années antérieures. Le Dr N\_\_\_\_\_ relève finalement que les gains substantiels réalisés par la recourante en 2007 et 2008 sont en lien avec des périodes d'amélioration ou d'exaltation de cette dernière que l'on ne peut considérer pérenne, avis qui doit être compris comme le refus d'admettre une capacité de travail plus importante de la recourante dès 2007, nonobstant la réalisation de gains plus élevés que les années précédentes, au vu des pathologies présentes. Il est à constater que le rapport du Dr P\_\_\_\_\_ a pleine valeur probante. Aucun rapport médical ne remet d'ailleurs valablement en cause l'évaluation du Dr P\_\_\_\_\_, en particulier les avis des médecins-traitants, lesquels font surtout état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en 2009. En effet, la Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'activité exercée n'était plus exigible dans les conditions actuelles et qu'une aide familiale était indispensable en raison d'un manque de concentration et d'une fatigue extrême (rapport du 19 janvier 2009). La recourante présentait un état d'épuisement qui avait nécessité une hospitalisation en avril 2009 et qui perdurait (rapports des 2 juillet 2009, 29 avril 2010 et 26 mai 2011). Une activité régulière était difficilement envisageable (rapport du 2 juillet 2009). L'assurée était en incapacité de travail totale depuis l'aggravation de son état en avril 2009 (rapport du 4 septembre 2009). Le Dr M\_\_\_\_\_ a également attesté d'une lente aggravation depuis février 2009 (rapport du 15 août 2009) et d'un état d'épuisement ayant entraîné une hospitalisation en avril 2009 (rapport du 29 juillet 2009). Or, cette aggravation de l'état de santé de la recourante depuis 2009 a été prise en compte par le Dr P\_\_\_\_\_ puisque la capacité de travail de la recourante a été estimée par ce médecin depuis le 1er avril 2009 à 25 %, puis nulle dès le 1er janvier 2011.

A/3466/2011 - 22/27 -

S'agissant de la période antérieure, soit de mars 2007 à mars 2009, la Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en 2007 le diagnostic de trouble de l'adaptation avec déficit d'attention avait été posé avec un état d'épuisement. Il n'est pas mentionné d'incapacité de travail totale depuis 2007 (rapport du 19 janvier 2009). Quant au Dr M\_\_\_\_\_, il a uniquement relevé que depuis mai 2007 l'affection influençait la capacité de travail, sans préciser dans quelle mesure (rapport du 15 août 2009). Par ailleurs, il est à constater que la recourante elle-même a considéré dans ses observations du 27 mai 2011 que les taux d'incapacité de travail fixés par le Dr P\_\_\_\_\_ étaient tout à fait corrects. Par la suite, soit dans son recours, elle s'est référée à l'avis du 18 octobre 2010 du Dr N\_\_\_\_\_ et à ceux des Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ pour conclure à une incapacité de travail totale depuis mars 2007. Or, comme il a été vu ci-dessus, d'une part, le Dr N\_\_\_\_\_ a fait sienne les conclusions du rapport du Dr P\_\_\_\_\_, lequel a examiné l'assurée postérieurement à son avis du 18 octobre 2010 et, d'autre part, les avis des médecins-traitants ne permettent pas de retenir une incapacité de travail totale de la recourante depuis mars 2007. Au surplus, la recourante a effectivement travaillé au cours des années 2007, 2008 et 2009, dans une proportion plus importante que durant les années précédentes. Même si l'on suit l'avis des médecins qui estiment que l'activité exercée par la recourante l'a épuisée, il n'en demeure pas moins qu'elle a effectivement exercé une activité équivalant à une moyenne d'activité d'enseignante de 25 % en 2007 et 15 % en 2008 et à une moyenne d'activité auprès de la

commune de Z\_\_\_\_\_ de 9 % en 2007, 14 % en 2008 et 17 % en 2009, de sorte que la moyenne totale de travail a été d'environ 35 % en 2007, 30 % en 2008 et 17 % en 2009. Dans la mesure où le travail a été effectivement exercé et a donné lieu à rémunération, on ne saurait retenir une incapacité de gain totale depuis mars 2007. En conséquence, il y a lieu de considérer, au vu des avis médicaux au dossier, que la recourante a été en incapacité de travail de 50 % du 1er mars 2007 au 31 mars 2009, de 75 % du 1er avril 2009 au 31 décembre 2010 et totale dès le 1er janvier 2011. b) S'agissant du départ du délai de carence, selon l'art. 28 al. 1 let. b LAI, lorsque la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité est applicable, il convient de se fonder, par analogie à l'évaluation du degré d'invalidité, sur la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs d'activité (travaux habituels et activité lucrative) (ATF 130 V 102 consid. 3.4). La recourante a présenté une incapacité de travail de 50 % à compter du 1er mars 2007. L'intimé a considéré qu'il n'y avait pas d'empêchements à effectuer les tâches ménagères de mars 2007 à mars 2008 dès lors que la capacité de travail était de 50 % et que la recourante avait un statut d'active à 50 %. Cette argumentation ne

A/3466/2011 - 23/27 - saurait être suivie. Tout d'abord, le Dr P\_\_\_\_\_ a constaté que la recourante était diminuée dans sa santé depuis mars 2007 dans une mesure telle qu'elle ne pouvait exercer une activité lucrative qu'à 50 %. L'enquête économique sur le ménage du 18 novembre 2010 a conclu à une invalidité en raison de l'atteinte à la santé de la recourante présente depuis mars 2007 puisqu'il est mentionné un burn out avec pneumonie, méningite virale et septicémie et atteinte psychique en mars 2007 ainsi que l'hyperactivité de ses quatre enfants. Aucun élément ne permet d'admettre, comme l'a fait l'intimé, que l'atteinte à la santé constatée par le Dr P\_\_\_\_\_ dès mars 2007 n'entraînait pas également des empêchements dans la sphère ménagère et cela nonobstant le fait que l'état de santé de la recourante s'est encore aggravé en avril 2009. En effet, les limitations fonctionnelles principales mentionnées par les médecins relèvent d'un état d'épuisement, de sorte que la capacité de travail reconnue à 50 % de mars 2007 à mars 2009 et effectivement exercée à hauteur de 35 % en 2007, 30 % en 2008 et

## **E. 5**

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 des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (ATF non publié 9C\_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1 du 14 mai 2012 9C 473/2011). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er janvier 2009 (cf. Lettre- circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), la solution prévue par l'art. 48al. 2 aLAI continue à s'appliquer. Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit.

## **E. 6**

a) On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application

A/3466/2011 - 12/27 - erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1, ATF 127 V 10 consid. 4b). b) L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec

une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4, ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à

A/3466/2011 - 13/27 - celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). 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 y a lieu d'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 [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (ATFA non publié I 806/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. En vertu de l'art. 88bis RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (al. 1 let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (al. 1 let. b).

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2).

## **E. 6.1**

Conduite du ménage 5 % 60 % 3 %

## **E. 6.2**

Alimentation 25 % 38 % 9,5 %

## **E. 6.3**

Entretien du logement 15 % 60 % 9 %

## **E. 6.4**

Emplettes et courses diverses 8 % 0 % 0 %

## **E. 6.5**

Lessive et entretien des vêtements 12 % 50 % 6 %

## **E. 6.6**

Soins aux enfants 30 % 40 % 12 %

## **E. 6.7**

Divers 5 %

## **E. 7**

Lorsque le juge procède par substitution de motifs, il ne saurait se contenter - une fois constaté le caractère manifestement erroné de la décision initiale dans son ensemble - de confirmer purement et simplement en son résultat la décision de

A/3466/2011 - 14/27 - révision litigieuse. Par exemple, s'il apparaît que le versement d'une rente entière était à l'origine manifestement erroné, il doit encore examiner si la rente entière doit être supprimée ou remplacée par une demi-rente (ce raisonnement vaut pour d'autres échelonnements de rentes). Cela implique dès lors que le juge qui est appelé à statuer procède à un double examen. En premier lieu, il doit se prononcer sur le caractère manifestement erroné de la décision initiale. S'il répond affirmativement à cette question, il doit alors examiner la situation existant au moment où la décision de révision de l'administration a été rendue, de façon à pouvoir rétablir une situation conforme au droit (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006, consid. 5.3).

## **E. 8**

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 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. 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

A/3466/2011 - 15/27 - 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).

d) Le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes

émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

A/3466/2011 - 16/27 -

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 œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

## **E. 10**

a) 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

A/3466/2011 - 17/27 - 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 oeuvre 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).

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 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. 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 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).

A/3466/2011 - 18/27 -

b) 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). 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.

#### **E. 16**

juillet 2007). Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités

A/3466/2011 - 20/27 - 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). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité).

Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

#### **E. 17**

% en 2009 a impliqué un épuisement des ressources physiques et psychiques de la recourante qui n'a pu qu'avoir des répercussions négatives sur sa capacité à exercer ses tâches ménagères. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'une première demande de prestations AI avait été déposée le 12 décembre 2008 par la recourante aux fins d'obtenir de l'aide à

domicile. En conséquence, les constatations de l'enquête ménagère du 18 novembre 2010 peuvent être reprises telles quelles pour la période antérieure, soit depuis mars 2007, date à laquelle la recourante a présenté tant des affections physiques aiguës (pneumonie, méningite, septicémie) que des affections psychiques. c) S'agissant de l'enquête ménagère, la recourante conteste dans son mémoire de recours la manière dont elle a été établie, en particulier l'exigibilité des membres de la famille qu'elle estime surévaluée et qui doit être selon elle limitée à 10 % pour la conduite du ménage, l'entretien du logement, la lessive et entretien des vêtements, au motif que ses enfants et son époux sont également atteints dans leur santé. Par ailleurs, l'empêchement devait être de 25 % au lieu de 0 % pour les emplettes et courses diverses et de 50 % au lieu de 30 % pour les soins aux enfants, de sorte que le taux d'invalidité était finalement de 57 %. Dans ses observations à l'intimé du 27 mai 2011, la recourante avait également fait valoir que le taux de pondération devait être porté à 20 % au lieu de 15 % pour l'entretien du logement, à 30 % au lieu de 20 % pour les soins aux enfants et à 20 % au lieu de 32 % pour l'alimentation. Quant au taux d'empêchement, il était de 100 % pour les postes entretien du logement et lessive et entretien des vêtements, ainsi que de 50 % pour les soins aux enfants. Il est à constater que le rapport d'enquête économique du 18 octobre 2010 a valeur probante, sous réserve des deux points suivants pour lesquels on doit retenir une erreur d'estimation :

A/3466/2011 - 24/27 - D'une part, concernant le taux de pondération des activités ménagères, la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance-invalidité (CIIAI) prévoit une fourchette oscillant entre 0 et 50 % par activité, les soins aux enfants étant admis pour un taux maximum de 30 %. Compte tenu en l'espèce de la présence de quatre enfants, âgés en 2007 de 12 ans, 11 ans, 8 ans et 6 ans (et au jour de l'enquête économique de 15, 14, 11 et 9 ans) et requérant des soins réguliers (psychiatre, logopédiste, traitements médicamenteux) en raison d'un diagnostic d'hyperactivité avec déficit d'attention et pour l'un deux de trouble bipolaire (rapport du Dr P \_\_\_\_\_ du 28 février 2011 p. 2-3 et de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009), le taux de pondération maximum de 30 % au lieu de 20 % doit plutôt être retenu. En conséquence, une diminution de 10 % doit être reportée sur les autres activités, de sorte qu'il paraît justifié de réduire le taux de 32 à 25 % pour l'alimentation et de 15 à 12 % pour la lessive, le taux de la conduite du ménage (5 %), des emplettes (8 %), de l'entretien du logement (15 %) et du soins aux chiens (5 %) apparaissant parfaitement justifiés. D'autre part, concernant les empêchements, l'enquête économique retient une aide exigible des membres de la famille entre 20 et 30 %. A cet égard, si les pathologies dont souffrent les quatre enfants mais également l'époux de la recourante (rapport de la Dresse L \_\_\_\_\_ du 2 juillet 2009), d'ailleurs admises par l'intimé, ne sauraient annuler toute aide exigible des membres de la famille, il convient de reconnaître qu'une exigibilité de 30 % est excessive et doit être réduite à 20 %, pour l'aide fournie par les quatre enfants et l'époux de la recourante, lequel travaille de surcroît à plein temps. La recourante nécessite d'ailleurs de l'aide extérieure apportée par des tiers soit sa mère, laquelle fournit une aide hebdomadaire de cinq heures ainsi que par les grands-parents (rapport d'enquête ménagère p. 5). Dans cette mesure, les empêchements pour lesquels une aide exigible de 30 % des membres de la famille a été reconnue, soit pour les champs d'activité alimentation, entretien du logement, lessive et entretien des vêtements, doivent être augmenté de 10 %. S'agissant des soins aux enfants, seule l'aide du mari étant exigible, il se justifie d'en tenir compte pour un taux de 10 % au lieu de 20 %. Enfin, s'agissant du taux d'empêchement admis pour la recourante, il n'y a pas de motif de s'en écarter. On ne saurait en particulier suivre la recourante lorsqu'elle estime subir un empêchement total

dans les activités d'entretien du logement et de lessive et entretien des vêtements, ou encore un empêchement de 25 % dans les emplettes et courses diverses, cette activité étant déléguée aux membres de la famille. Enfin, il ne se justifie pas non plus de modifier la pondération pour l'entretien du logement fixée à 15 %. Le taux d'invalidité ménager est ainsi de 41 % :

A/3466/2011 - 25/27 -

Pondération Empêchement Invalidité

**E. 20**

% 1 %

100 %

40,5 % Pour calculer l'incapacité de travail pendant le délai de carence d'une année, il convient ainsi de se référer à la moyenne pondérée de l'incapacité de travail dans les deux secteurs :  $[(50 \times 0,5) + (41 \times 0,5)] = 45,5$  de sorte que l'incapacité de travail moyenne de 40 % pendant une année a effectivement débuté le 1er mars 2007 et que le délai de carence d'une année a été atteint le 28 février 2008. 13. Au vu de ce qui précède, le droit à la rente d'invalidité se détermine comme suit : - Au 1er mars 2008, le taux d'invalidité de la recourante est de 46 % soit une incapacité de travail de 50 % dans la sphère professionnelle et une incapacité ménagère de 41 %  $[(50 \times 0,5) + (41 \times 0,5)] = 45,5$  %. Ce taux ouvre droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er mars 2008. En dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI, la rente peut être versée dès que l'année d'attente est achevée si le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008, est échu dans l'année 2008 et si la demande est déposée avant le 1er janvier 2009 (ATF du 14 mai 2012 9C 473/2011). En l'espèce, vu le départ de l'incapacité de travail durable au 1er mars 2007, l'échéance du délai d'attente au 28 février 2008 et la demande de

A/3466/2011 - 26/27 - prestations du 12 décembre 2008, la recourante a droit au versement d'un quart de rente d'invalidité dès le 1er mars 2008. - Au 1er avril 2009, la recourante présente une incapacité de travail de 75 % de sorte que le taux d'invalidité est de 58 %  $[(75 \times 0,5) + (41 \times 0,5)] = 58$  %. Ce taux ouvre droit à une demi-rente d'invalidité depuis le 1er juillet 2009 (art. 88a RAI). - Dès le 1er janvier 2011, le taux d'invalidité est de 71 % fondé sur une incapacité de travail totale  $[(100 \times 0,5) + (41 \times 0,5)] = 70,5$  %. Ce taux ouvre droit à une rente entière d'invalidité depuis le 1er avril 2011 (art. 88a RAI). 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision du 26 septembre 2011 réformée en ce sens que la recourante a droit du 1er mars 2008 au 30 juin 2009 à un quart de rente d'invalidité, du 1er juillet au 31 mars 2011 à une demi-rente d'invalidité et dès le 1er avril 2011 à une rente entière d'invalidité. 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). 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 200 fr.

A/3466/2011 - 27/27 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : A la forme :

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