

# **GE\_GERICHTE ATAS/839/2017 vom 3. Oktober 2017**

GE Cour de justice, 2017-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_839\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_839_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/839/2017 du 3 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/839/2017 del 3 ottobre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a. 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), 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI; cf. notamment art. 69 LAI).

Interjeté le 18 novembre 2016 contre la décision litigieuse du 19 octobre 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

Touchée par ladite décision, et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou à sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Le présent recours sera donc déclaré recevable.

### **E. 2**

À titre liminaire, il y a lieu de déterminer l'objet du litige. L'objet du litige est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées). Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne

A/3976/2016 - 18/27 - sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroit entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_197/2007 du 27 mars 2008, consid. 1.2 et les références). En l'espèce, la décision

querellée nie à la recourante aussi bien le droit à des mesures d'ordre professionnel que celui à un trois quarts de rente après le 31 mars 2015. Cela étant, le recours dont est saisie la chambre de céans ne concerne que le droit à une rente d'invalidité. Partant, le litige ne porte que sur cet aspect de la contestation, singulièrement sur le droit de la recourante à une rente entière pour elle-même et ses deux enfants du 1er février 2013 au 31 mars 2015 et le maintien de ces prestations au-delà du 31 mars 2015.

### E. 3

a. Selon la jurisprudence, il n'est pas admissible que l'administration rende plusieurs décisions – échelonnées dans le temps – pour déterminer rétroactivement le degré d'invalidité d'une personne assurée. Ainsi, l'octroi d'une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire doit faire l'objet d'une seule décision notifiée à un seul et même moment. Seule une telle approche est compatible avec l'obligation de l'office AI de clarifier et évaluer l'état de fait sur l'ensemble de la période courant jusqu'à la prise d'une décision. En revanche, l'administration ne saurait procéder à une évaluation anticipée de l'invalidité pour réduire et/ou limiter l'octroi d'une rente pour la période postérieure à ladite décision (ATF 131 V 164 consid. 2.3.3 et les arrêts cités). 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). Selon la jurisprudence, l'art. 17 LPGA sur la révision d'une rente en cours s'applique également à la décision par laquelle une rente échelonnée dans le temps est accordée avec effet rétroactif, la date de la modification étant déterminée conformément à l'art. 88a RAI (ATF 131 V 164 consid. 2.2 p. 165; 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_134/2015 consid. 4.1 et les références). Suivant cette disposition réglementaire (al. 1), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période; il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. En revanche, l'art. 88bis RAI n'est pas applicable dans cette éventualité, du moment que l'on ne se trouve pas en présence d'une révision de la rente au sens strict (ATF 125 V 413 consid. 2d; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 621/04 du 12 octobre 2005 consid. 3.2 et les références; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die

A/3976/2016 - 19/27 - Invalidenversicherung (IVG), 3ème éd., 2014, n. 110 ad art. 30-31; voir aussi le ch. 4018 de la Circulaire de l'OFAS sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance- invalidité [CIIAI], valable à partir du 1er janvier 2015). c. 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 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1).

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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

#### **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 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). 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

#### **E. 5**

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

A/3976/2016 - 20/27 - demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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). Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). L'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. 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). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

## **E. 6**

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. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de

A/3976/2016 - 21/27 - l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

## **E. 7**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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.

A/3976/2016 - 22/27 - c/aa. 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). c/bb. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). c/cc. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). c/dd. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de

résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

A/3976/2016 - 23/27 -

#### **E. 8**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 130 V 64 consid. 5.2.5, arrêt du Tribunal fédéral 9C\_789/2012 du 27 juillet 2013 consid. 2.3). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **E. 9**

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). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

#### **E. 10**

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

#### **E. 11**

En l'espèce, l'ensemble des médecins s'étant exprimés dans ce dossier s'accordent à considérer que la recourante présente, depuis février 2012, une incapacité de travail totale dans son activité de pharmacienne. En revanche, les avis divergent

A/3976/2016 - 24/27 - nettement sur l'existence d'une capacité de travail dans une activité adaptée. En tant qu'elle supprime le trois quarts de rente octroyé du 1er février 2013 au 31 mars 2015 à compter du 1er avril 2015, la décision querellée se fonde sur l'avis du SMR du 13 août 2015. Ce dernier se réfère, quant à lui, au rapport d'expertise du 3 août 2015 et en déduit qu'il existe une capacité de travail sur le plan médico-théorique ne dépassant pas 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (poste de travail sans contact avec des personnes malades ou potentiellement malades ou avec du matériel potentiellement vecteur de maladies ou de contaminations, diminution de la capacité d'adaptation, fatigabilité), ceci étant valable au moins depuis janvier 2015. À l'examen du rapport d'expertise du 3 août 2015, il est certes indiqué que l'exercice d'une activité adaptée est exigible « dès aujourd'hui » mais cette conclusion est assortie d'un trop grand nombre de cautèles pour être qualifiée de claire, empêchant ainsi une évaluation du taux d'invalidité de la recourante sur des bases médicales fiables et précises. En effet, les experts indiquent « qu'il faut néanmoins savoir que les personnes souffrant d'un trouble obsessionnel compulsif sévère peuvent présenter des angoisses de contamination irrationnelles quel que soit l'environnement de travail et qu'un changement de milieu n'est pas une garantie d'amélioration » (cf. p. 10 du rapport d'expertise). Les Drs H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_ ajoutent que la recourante « pourrait commencer une activité adaptée à temps partiel avec une possible augmentation progressive du taux d'activité. L'exposition progressive à une activité professionnelle permettrait d'évaluer au plus juste l'évolution de sa capacité de travail ». En d'autres termes, les experts n'indiquent pas à quel taux d'activité cette reprise pourrait avoir lieu et à quelle(s) échéance(s) une/ des hausse(s) éventuelle(s) du temps de travail pourrai(en)t intervenir. Les experts font de surcroît dépendre une évaluation plus précise de la capacité de travail de la façon dont une reprise d'activité dans un environnement adapté se déroulerait. Enfin, les experts ne précisent pas si le rendement théorique de 50% qu'ils retiennent s'applique quel que soit le taux d'activité considéré. Dans ces circonstances, le SMR ne pouvait pas valablement considérer « comme les experts » (sic) que dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail sur le plan médico-théorique ne dépassait pas 50%. Une telle conclusion revient à fixer un taux de reprise que les experts s'abstiennent justement de préciser. En outre, la diminution de rendement de 50% retenue par ces derniers ne trouve plus aucune place dans le raisonnement du SMR, à moins d'envisager la reprise immédiate d'une activité à plein temps avec un rendement de 50%. Or, cette dernière hypothèse ne ressort nullement des conclusions du rapport d'expertise du 3 août 2015 et serait de surcroît en contradiction avec la clé de répartition retenue par l'intimé entre l'activité professionnelle (60%) et la sphère privée (40%). Force est de constater que l'interaction des divers troubles psychiques de la recourante, de même que les effets de ceux-ci sur le taux de la capacité de travail et la date à laquelle une reprise du travail est possible ne sont pas clairs. Quant aux

A/3976/2016 - 25/27 - conclusions du SMR, qui substitue sa propre appréciation à celles des experts H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, elles emportent d'autant moins la conviction qu'elles ne sont corroborées ni par le rapport d'expertise du Dr F\_\_\_\_\_ ni par les rapports des médecins traitants. En effet, ceux-ci s'accordent à considérer, au stade de la décision entreprise – et même au-delà – que l'incapacité de travail de la recourante demeure entière,

fût-ce dans une activité adaptée. De plus, ces praticiens considèrent au mieux qu'il est trop tôt pour dire à quelle date, respectivement à quel taux la reprise d'une telle activité adaptée serait exigible. En l'état actuel, la chambre de céans ne peut pas statuer de manière définitive sur le droit aux prestations de la recourante, à tout le moins depuis le mois d'avril 2015. Il appartiendra à l'intimé d'effectuer une instruction complémentaire et d'inviter les médecins à se prononcer de manière claire, au regard de l'ensemble des atteintes psychiques de la recourante, sur l'existence d'une amélioration de l'état de santé depuis janvier 2015, les limitations fonctionnelles, le taux de capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, le rendement dans une telle activité ainsi que la date d'exigibilité d'une reprise de travail. À défaut, il conviendra d'ordonner une expertise pour répondre à ces questions.

## **E. 12**

a. S'agissant de la période du 1er février 2013 au 31 mars 2015, la chambre de céans constate que pour l'évaluation du degré d'invalidité de la recourante, l'intimé s'est partiellement fondé – comme pour la période postérieure – sur l'enquête ménagère du 6 juin 2016. Il s'avère toutefois que l'enquêtrice était nantie des conclusions du SMR du 13 août 2015, que ce soit pour les diagnostics ou les limitations fonctionnelles. Or à cette époque, le tableau clinique et les traitements étaient encore en cours d'exploration. De plus, la Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 30 décembre 2016 que la recourante « [n'avait] pas voulu être mal jugée [par l'enquêtrice] et [avait] exagéré sur ses capacités ». Cela étant, les rapports des médecins traitants ne permettent pas à la chambre de céans, en l'état, de se prononcer sur l'existence d'un droit qui, aux dires de la recourante, serait supérieur à un trois-quarts de rente sur la période du 1er février 2013 au 31 mars 2015 (et au-delà), ne serait-ce qu'en raison de l'absence de renseignements exploitables de ces médecins sur les empêchements de la recourante dans la sphère ménagère. b. Selon la jurisprudence, une enquête économique sur le ménage est un moyen de preuve approprié, y compris pour évaluer l'invalidité de personnes souffrant d'une atteinte à la santé psychique. 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 confier à un médecin le soin de procéder à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles. Toutefois, 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, ces dernières ont en règle générale plus de poids. Mais encore faut-il que le rapport médical en cause ait valeur probante au

A/3976/2016 - 26/27 - sens de la jurisprudence, à savoir notamment que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets et que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (cf. VSI 3/2004 p. 137 consid. 5.3 et 6 et les références).

c. Vu l'absence, dans le cas concret, de constatations précises sur le plan médical relatives aux capacités réelles de la recourante d'accomplir ses travaux habituels, il incombera également à l'intimé de demander aux médecins – le cas échéant à l'expert désigné – de se prononcer sur l'empêchement de la recourante dans chacune des activités habituelles faisant l'objet du rapport d'enquête économique sur le ménage et d'indiquer le taux d'empêchement – et l'évolution de celui-ci depuis février 2012 – dans chacune des activités en question.

### **E. 13**

a. Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis, la décision querellée être annulée en tant qu'elle supprime la rente d'invalidité (et les deux rentes pour enfant qui y sont liées) au 31 mars 2015 et la cause être renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision. b. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté au minimum de CHF 200.-. Une indemnité de procédure doit être allouée à la recourante, qui obtient partiellement gain de cause et est représentée par un avocat (art. 61 let. g LPGA). Cette indemnité sera arrêtée à CHF 2'500.- (art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 – RFPA – E 5 10.03).

\*\*\*

A/3976/2016 - 27/27 - 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.