

GE_GERICHTE ATAS/894/2014 vom 12. August 2014

GE Cour de justice, 2014-08-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_894_2014

FR: GE_GERICHTE ATAS/894/2014 du 12 août 2014

IT: GE_GERICHTE ATAS/894/2014 del 12 agosto 2014

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1), relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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 ; RS E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que les articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), sous réserve de dispositions spécifiques que la LAI contiendrait sur la procédure (art. 1 al. 1 LAI). 2.a. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompetent, le délai est réputé observé (art. 39 al. 2 LPGA, par renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA). En vertu de l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions ; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Le juge saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours ; l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification ; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/02 consid. 2.2 du 28 janvier 2003). Il n'appartient par ailleurs pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a ; cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 292/02, consid. 4 du 17 décembre 2002). 2.b. En l'espèce, l'intimé considère le recours comme irrecevable, dans la mesure où il émanerait de la Dresse E_____ et où le courrier du 3 avril 2014 ne serait qu'un renvoi à de précédents courriers. Le projet de décision a été rendu par l'intimé le 30 janvier 2014. La recourante l'a contesté le 28 février 2014, affirmant que son état de santé ne s'était pas amélioré

A/1122/2014 - 11/21 - mais au contraire aggravé. Le 11 mars 2014, l'intimé a informé la recourante que la procédure d'audition était terminée et qu'une décision sujette à recours lui parviendrait prochainement. Le 26 mars 2014, la recourante a rappelé s'être opposée au projet de décision du 30 janvier 2014. Le même jour, l'intimé a rendu la décision querellée, ce qui a conduit la recourante à lui adresser un courrier le 3 avril 2014, dans lequel elle rappelait s'être opposée au projet de décision et demandait que ses précédents courriers

soient pris en compte. Le 8 avril 2014, l'intimé a accusé réception de ce courrier et l'a transmis ultérieurement à la chambre de céans pour objet de sa compétence dans les jours qui ont suivi. Il ressort ce qui précède que le croisement du courrier de la recourante et de la décision du 26 mars 2014 a abouti à une situation confuse pour cette dernière, laquelle ne maîtrise légitimement pas les subtilités juridiques de la procédure en matière d'assurance-sociale. Cela étant, contrairement à ce que soutient l'intimé, la recourante a bel et bien interjeté recours en lui adressant son courrier du 3 avril 2014. En effet, non seulement ce courrier a été établi en réaction à la décision du 26 mars 2014, mais il a été transmis à la chambre de céans par l'intimé comme l'aurait été n'importe quel autre acte de recours lui ayant été adressé par erreur. Par ailleurs, bien que bref, ledit courrier manifeste clairement la volonté de la recourante de s'opposer à la décision querellée. La recourante a agi (et en l'occurrence réagi) immédiatement, donc largement dans les 30 jours à compter de la réception de la décision attaquée. 2.c. Au vu de ce qui précède, le recours doit donc être déclaré recevable (art. 56 à 61, 38 et 39 LPGA).

E. 3

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits [ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b)]. Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits dès 2010. Depuis lors, la LAI a subi des modifications, à savoir celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 [pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 (4ème révision) et 6 octobre 2006 (5ème révision) sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008]. Le droit éventuel aux prestations doit donc être examiné en l'espèce au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et au regard du nouveau droit pour la période ayant débuté le 1er janvier 2012, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, il sied de préciser que ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des

A/1122/2014 - 12/21 - assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité.

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 (art. 7 al. 2 LPGA en vigueur dès le

1er janvier 2008). L'incapacité de gain se distingue de l'incapacité de travail, c'est-à-dire l'incapacité médicalement attestée de pratiquer une activité donnée dans des limites déterminées (directives CIIAI no 1022 ; cf. art. 6 LPGA). En raison de causes étrangères à l'invalidité, la capacité de gain d'un assuré peut être plus élevée que celle qui correspondrait à sa situation effective. Dans de telles situations, on peut néanmoins être en présence d'un cas d'invalidité (par ex. des circonstances économiques particulièrement favorables; des causes inhérentes à l'entreprise d'un indépendant, comme, par exemple, des collaborateurs exceptionnels qui compensent le handicap dû à l'invalidité de l'assuré par un engagement au-dessus de la moyenne; un engagement accru des membres de la famille; une situation financière très difficile qui oblige la personne à accepter un travail ou un rendement que l'on ne peut pas raisonnablement exiger d'elle (CIIAI no 1027).

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 demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. 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. 28a al. 1 LAI). 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

A/1122/2014 - 13/21 - entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 6

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les

plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). 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

A/1122/2014 - 14/21 - 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). 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). 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGGA) ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGGA). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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. Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Le délai d'attente est réputé avoir commencé dès qu'il a été possible de constater une incapacité de travail indiscutable au vu des circonstances, une réduction de la capacité de travail de 20 % étant d'ailleurs, en règle générale, déjà considérée comme significative (Pratique VSI 1998 p. 126).

A/1122/2014 - 15/21 - Les conséquences financières d'une réduction de la capacité de travail ne sont normalement pas déterminantes pour l'évaluation pendant le délai d'attente; celui-ci peut par exemple commencer à courir (ou déjà courir) alors que l'assuré fournit un travail supérieur à ce qui peut être raisonnablement exigé de lui (arrêt 8C_961/2010 du 9 mars 2011). On est en présence d'une interruption notable du délai d'attente lorsque l'assuré a exercé une activité à plein temps pendant au moins 30 jours consécutifs (art. 29ter RAI). L'interruption a pour conséquence que, lors de la survenance d'une nouvelle incapacité de travail, un nouveau délai d'attente d'une année commence à courir. Il n'est pas tenu compte de la reprise d'une activité dont le but serait purement thérapeutique, alors qu'il ne subsiste plus de réelle capacité de travail utilisable sur le marché (RCC 1969 p. 571). Il en va de même d'une reprise qui, selon les constatations médicales, mettrait manifestement à trop lourde contribution les forces de l'assuré (RCC 1964 p. 179, 1963 p. 226; CIIAI no 2012 à 2015).

E. 7

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; ATF 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). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré

A/1122/2014 - 16/21 - avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG, lorsqu'elle ne peut être

A/1122/2014 - 17/21 - exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

E. 8

Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG).

Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante.

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). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction

A/1122/2014 - 18/21 - complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (ATF non publié 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170 consid. 2). Le Tribunal fédéral a récemment précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet

d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

E. 11

En l'espèce, il est établi que la recourante a travaillé à 28% dans le cadre de son dernier emploi, consacrant le reste de son temps aux activités ménagères. Il n'a pas été clairement défini s'il s'agissait d'un choix de la recourante ou de son employeur de l'époque. Il ne ressort en tout cas pas de la procédure que la recourante ait demandé sans succès à pouvoir augmenter son taux d'activité ou qu'elle ait limité son activité à 28% pour des motifs de santé. Le statut mixte à raison de 28% professionnel et 72% ménager semble donc acquis ; il n'est d'ailleurs pas contesté. Ensuite, il est établi par l'expertise de la CRR que l'incapacité de travail de la recourante a été totale d'avril 2010 à septembre 2013 et de 50% à partir d'octobre 2013, tant dans son activité habituelle (activité décrite comme peu exigeante physiquement) que dans une activité adaptée, sans diminution de rendement. Dans le cadre de cette expertise, les Drs I_____, J_____ et F_____ se sont basés sur leur examen respectif de l'assurée, le dossier médical transmis par l'intimé et des documents d'imagerie fournis par la recourante. Ils ont retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen et de status post mastectomie et échec de plastie mammaire par greffon abdominal comme ayant une répercussion sur la capacité de travail. Compte tenu de ces éléments, ils ont estimé que les limitations fonctionnelles de la recourante consistaient en une fatigabilité, une réduction de la capacité de concentration et d'adaptation et une incapacité à des efforts physiques soutenus et à des travaux lourds, ce qui limitait sa capacité de travail à 50% à compter du mois d'octobre 2013 (incapacité totale du 1er avril 2010 au 30 septembre 2013).

E. 12

La chambre de céans constate que cette expertise est en tout point conforme aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde en effet sur un examen clinique de la recourante, sur l'étude de son dossier médical et sur des

A/1122/2014 - 19/21 - documents d'imagerie médicale. Elle tient compte de ses plaintes et contient une anamnèse complète, des diagnostics clairs et des conclusions motivées.

L'appréciation des Drs I_____, J_____ et F_____ permet de comprendre la nature et les causes des limitations fonctionnelles de la recourante, ainsi que leurs conséquences sur sa capacité de travail dans son activité habituelle ainsi que dans une activité adaptée. Cela étant, l'expertise ne porte que sur la période allant jusqu'à la fin du mois d'octobre 2013. Or, dans ses avis des 28 avril et 22 mai 2014, la Dresse G_____ du SMR a estimé qu'une aggravation postérieure à l'expertise du 5 novembre 2013 n'était pas exclue (à teneur du rapport, non remis en cause, du 14 avril 2014 de la Dresse E_____, faisant état "d'un trouble anxio-dépressif qui s'aggrave et est actuellement sévère"), d'autant plus que la recourante avait arrêté son traitement antidépresseur en novembre 2013. De surcroît, la Dresse E_____ a estimé qu'une réévaluation psychiatrique était indispensable pour déterminer la capacité de travail de la recourante. L'intimé a certes rendu sa décision le 26 mars 2014, avant que son SMR n'émette cette appréciation, les 28 avril et 22 mai 2014, sur la base d'un rapport du 14 avril 2014 de la Dresse e l'éventuelle aggravation de l'état de

santé de la recourante apparaît s'être manifestée avant que l'intimé a rendu sa décision, et a fortiori avant que l'intimé a présenté sa réponse au recours, le 2 juin 2014. Or, alors qu'il en avait encore la compétence (art. 53 al. 3 LPGA), l'intimé n'a pas investigué plus en avant l'éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante dès le mois de novembre 2013, mais il a déclaré, dans sa réponse au recours, se référer aux avis de son SMR tout en concluant au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il appert, de l'avis même du SMR, que l'état de santé de la recourante, même à la date où l'intimé a rendu la décision attaquée, n'était pas et n'est toujours pas suffisamment élucidé pour permettre à la chambre de céans d'apprécier la situation en toute connaissance de cause. La situation n'est pas telle, en l'occurrence, que celle dans laquelle, à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral du 9 juillet 2014 dans la cause 9C_315/2014 consid. 3.4 ; ATF 137 V 210 consid. 4.4.1, par lequel le Tribunal fédéral, modifiant sa jurisprudence antérieure, a restreint le libre choix de l'autorité de recours de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire), la chambre de céans devrait elle-même procéder à des actes d'instruction complémentaires ou mettre elle-même en œuvre une expertise. C'est à l'intimé qu'il incombe d'ordonner une instruction complémentaire afin de déterminer si l'état de santé de la recourante, notamment psychique, s'est détérioré depuis la réalisation de l'expertise de la CRR. Il appartiendra ensuite à l'intimé de rendre une nouvelle décision portant sur le degré d'invalidité de la recourante, et, le cas échéant, sur la détermination des activités adaptées à ses limitations fonctionnelles et sur l'éventuelle opportunité de mettre en œuvre des mesures d'ordre professionnel.

A/1122/2014 - 20/21 -

E. 13

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis au sens des considérants et la décision du 26 mars 2014 sera annulée, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction médicale complémentaire.

E. 14

Si la procédure devant la chambre de céans est gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), tel n'est pas le cas, en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, de la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)], le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (art. 69 al. 1bis LAI). Cependant, compte tenu des motifs pour lesquels la décision attaquée est annulée et la cause renvoyée à l'office intimé, la chambre de céans ne mettra pas de frais de justice à la charge des parties, en particulier de l'office intimé. Les frais seront ainsi laissés à la charge de l'Etat.

A/1122/2014 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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