

GE_GERICHTE ATAS/935/2016 vom 14. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_935_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/935/2016 du 14 novembre 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/935/2016 del 14 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur l'évaluation du taux d'invalidité de la recourante, par l'intimé, sur la base d'un statut mixte, et singulièrement de déterminer si, par rapport à ce statut, la proportion entre la part active et la part dévolue aux activités ménagères a correctement été fixée.

E. 6

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

A/3255/2015 - 15/26 - incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 7

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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). La détermination du taux d'invalidité ne saurait donc reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 8

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. 9

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

A/3255/2015 - 16/26 - 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, 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 (ATF141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 10

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 (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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

A/3255/2015 - 17/26 - lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en

principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

E. 11

a) 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). 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. 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). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et

A/3255/2015 - 18/26 - spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 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 habituelles (VSI 2004 p. 136 consid. 5.3 et VSI 2001 p. 158 consid. 3c; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). b) Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 et I 309/04

A/3255/2015 - 19/26 - du 14 janvier 2005 ainsi que 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 257/04 du 17 mars 2005 consid. 5.4.4).

E. 12

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 LPG), 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. Les principes pertinents en l'espèce seront rappelés plus bas.

E. 13

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

A/3255/2015 - 20/26 - 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). 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 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, 122 V 157 consid. 1d).

E. 14

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 LPGA).

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 137 V 334 consid. 4.1).

E. 15

a. En l'espèce, la recourante reproche tout d'abord à l'intimé d'avoir fixé son incapacité de gain à hauteur de 50% sans l'avoir fait examiner par des médecins, respectivement sans avoir ordonné d'expertise. Ce grief tombe à faux. En effet dans

A/3255/2015 - 21/26 - ses avis successifs, autrement dit dans ses rapports au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) le SMR a chaque fois repris à son compte après les avoir examinés les conclusions des médecins traitants en particulier ceux du Dr D_____, rhumatologue traitant de l'intéressée. C'est le lieu de rappeler qu'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 LPG) 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). Dans son avis du 6 novembre 2014, le service médical de l'intimé a en effet retenu le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde posé par le rhumatologue de l'assurée et retenu l'évaluation par ce dernier de la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle - 70% dans une activité adaptée. Il a retenu la présence d'anticorps spécifiques, d'un syndrome inflammatoire et de douleurs et tuméfaction au poignet aux avant-pieds et aux épaules, et de l'évolution incertaine évoquée par le médecin traitant, l'incapacité de travail pouvant être totale lors de poussées. En raison du statut mixte, il avait alors retenu la nécessité d'une enquête ménagère pour évaluer les empêchements dans les activités habituelles. A l'époque il préconisait de réévaluer la situation deux ans plus tard. Dans un second temps, dans le cadre de la procédure d'audition, au vu de la contestation du projet de refus de rente par l'assurée, le SMR avait réexaminé le dossier en date du 13 août 2015 après le dernier avis du Dr D_____. La situation était en pratique la même qu'avant : le rhumatologue traitant confirmait la capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle, mais il expliquait que contrairement à sa précédente évaluation, compte tenu de la persistance de signes inflammatoires, la capacité dans une activité adaptée était seulement de 50 %. Le SMR avait conclu qu'il fallait

considérer que la capacité de travail est de 50 % dans toute activité. Cette évaluation prenait très largement en compte l'opinion du médecin traitant, dès lors que ce dernier avait à l'époque indiqué que selon lui, à fin février 2015 quelle que soit l'activité il y a en tout cas une incapacité de travail de 40 à 50%. Et en définitive le SMR avait retenu le pourcentage le plus élevé de la fourchette évoquée par le médecin traitant. On ne

A/3255/2015 - 22/26 - voit pas dès lors en quoi une expertise rhumatologique eût été nécessaire, dans la mesure où le service médical de l'intimé n'avait pas exprimé un avis différent du rhumatologue traitant, auquel renvoyait d'ailleurs l'autre médecin traitant généraliste de l'assurée, la Dresse B _____. b. Certes la recourante relève dans son recours que la décision entreprise se fonde sur les avis médicaux recueillis en particulier jusqu'en février 2015, et elle allègue qu'entre-temps sa maladie aurait évolué et l'aurait contrainte de s'arrêter de travailler à fin juin 2015. Il y a lieu à cet égard de rappeler que saisi d'un recours, le juge des assurances sociales doit se prononcer dans la règle en fonction de l'état de fait existant au moment où la décision entreprise a été rendue. À ce sujet, la recourante ne conteste pas que la décision objet du recours prenait en compte l'état médical tel qu'il ressort du dossier de l'intimé au moment où elle a été rendue. Interrogée sur les raisons pour lesquelles l'éventuelle aggravation de son état de santé n'avait pas été signalée à l'intimé, à l'époque, la recourante a indiqué qu'elle partait de l'idée que son rhumatologue ferait le nécessaire, ce qui n'avait pas été le cas, et elle ne l'avait réalisé qu'à réception de la décision entreprise. Quoi qu'il en soit, l'intimé a néanmoins soumis à son service médical les documents médicaux nouveaux produits dans le cadre de la présente procédure. Le SMR s'est une nouvelle fois prononcé, dans un avis du 17 novembre 2015. Ainsi que cela ressort du chiffre 19 des faits retenus ci-dessus, le SMR a attentivement analysé les divers documents médicaux qui lui étaient soumis. Son avis est motivé, par rapport à chacun des avis exprimés par les nouveaux médecins consultés par la recourante, pendant la procédure de recours, ou dans la perspective de celle-ci. Les conclusions du SMR sont convaincantes. On rappellera également, par rapport au contexte dans lequel intervenaient ces nouveaux médecins, que d'une part la recourante avait été rendue attentive par l'assureur perte de gain, à l'occasion du décompte intermédiaire d'indemnités journalières du 23 juin 2015, que les prestations maximales, autrement dit le versement des indemnités journalières pour perte de gain maladie, seraient atteintes au 16 septembre 2015, mais aussi qu'après le projet de refus de rente de l'OAI, certes contesté par la recourante, une décision allait être rendue, qui pourrait ne pas nécessairement aller dans le sens souhaité par la recourante. On rappellera aussi que selon la jurisprudence, 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). Ainsi, au vu de ce qui précède, les conclusions du SMR, sur lesquelles l'intimée a fondé son opinion, ne sauraient être remises en cause, en l'espèce, d'autant que les derniers rapports médicaux, produits en procédure, n'apportent pas d'éléments inconnus du dossier au moment où la décision querellée a été rendue, qui justifieraient en particulier une instruction complémentaire sous forme d'expertise, ainsi que le souhaite la recourante. La chambre de céans relèvera d'ailleurs que les

A/3255/2015 - 23/26 - documents médicaux produits en cours de procédure ne peuvent, en tout état, se voir reconnaître une pleine valeur probante d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, dès juin 2015. Ainsi, ce grief n'est pas fondé.

E. 16

Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé d'avoir retenu qu'elle exerçait une activité à 50 %, et qu'il fallait ainsi se fonder sur le statut mixte de l'assurée de 50% active et 50% pour les autres tâches, et d'avoir dès lors choisi la méthode mixte pour l'évaluation du taux d'invalidité. Il y a dès lors lieu de vérifier si c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'on devait considérer que l'assurée doit être considérée comme étant active à 50 % et consacrerait les autres 50 % aux activités ménagères. Dans une note sur le statut de l'assurée du 14 novembre 2014, l'OAI a retenu que selon l'employeur l'assurée travaillait à un taux variable, pour un salaire de CHF 19.- /h. En 2013 son revenu avait été de CHF 10'320.- ce qui va dans le sens qu'elle travaillait à un taux inférieur à 50%. Mais avant son emploi actuel elle était au chômage, recherchant un poste à 50%. En conséquence, il proposait de retenir un statut mixte à hauteur de 50 % actif, et 50 % dans la sphère ménagère. La recourante objecte que, selon le contrat de travail conclu le 1er septembre 2008, elle était engagée sur appel, pour deux jours par semaine, soit le lundi et le vendredi pour une durée de trois heures par jour, et qu'ainsi elle effectuait six heures de travail par semaine. Elle invoque, en plus, un courrier de l'employeur, du 4 janvier 2011, lui indiquant que dès le 1er janvier 2011, l'employeur n'aurait plus la possibilité de l'employer dans les conditions actuelles, par suite de diminution de la clientèle. Elle en tire comme conclusion que dès ce moment-là l'employeur aurait été contraint de réduire le nombre d'heures effectuées par la recourante. Ainsi estime-t-elle que compte tenue d'un taux horaire mensuel moyen de vingt heures, son taux d'activité ne saurait être de 50 % comme retenu à tort par l'OAI, mais de 15 % au maximum. Cette argumentation, purement théorique, ne résiste toutefois pas à l'examen. Il convient en effet de rappeler que le contrat de travail conclu en 2008 précise expressément que l'engagement est de durée indéterminée, qu'il est lié au bon fonctionnement de l'entreprise, que le travail sera effectué sur appel avec des horaires irréguliers, pour un salaire horaire convenu. Le contrat n'oblige ni l'employeur à offrir un temps de travail déterminé, ni le travailleur à accepter le travail proposé. Contrairement à ce que soutient la recourante, elle n'a donc pas été engagée pour deux jours par semaine, le lundi et le vendredi pour une durée de trois heures par jour. En effet, ce n'est pas ce que dit le contrat : il y est seulement mentionné que « l'horaire de travail prévisible, mais non garanti, est de : les lundi et vendredi de 3 heures environ par jour remplacé par un autre jour si accord entre les parties. »

A/3255/2015 - 24/26 - Le dossier ne précise pas ce qu'il en a été de l'activité effective de la recourante, dès son engagement, et pour les années 2009 à 2011, ce qui n'est d'ailleurs pas déterminant en l'occurrence, l'employeur ayant néanmoins fourni à l'époque, à l'intimé, en réponse à sa demande, le relevé des salaires perçus de 2012, année précédant l'atteinte à la santé, au moment de l'établissement de ce rapport, soit le 14 mai 2014. Il ressort en effet de ce document que, pour l'année 2012, le salaire annuel de la recourante a été de CHF 14'552.80, soit, si l'on tient compte de quatre semaines de vacances annuelles, une moyenne de près de 14.5 heures par semaine. Certes cette moyenne est quelque peu inférieure à 20 heures par semaine, mais elle dépasse largement l'évaluation de la recourante pour asseoir son argumentation. Elle démontre également le caractère théorique et minimaliste des dispositions contractuelles susmentionnées, et qui plus est de la prévision pessimiste de l'employeur, au début janvier 2011, puisque dans la réalité, en tout cas en 2012 déjà, - à supposer qu'il y ait eu une baisse du travail confié en 2011-, le travail effectué en 2012 par la recourante était largement supérieur à ce qu'elle prétend déduire du contrat et du courrier du début 2011 annonçant une baisse prévisible de travail, due à la diminution de la clientèle.

Ce qui laisse d'ailleurs supposer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que jusqu'en 2010 le volume de travail était très largement supérieur, approchant probablement les 50 %, ce qui expliquerait d'ailleurs fort bien la raison pour laquelle le contrat collectif d'assurance perte de gain maladie ait évalué le salaire annuel à CHF 20'000.-, qui a bien été pris pour base de l'indemnisation de la recourante jusqu'à mi-septembre 2015. La recourante a voulu mettre en évidence une supposée réduction systématique et en quelque sorte exponentielle de son taux d'activité, passant de 692.5 heures en 2012 à 418 heures en 2013, et... 95.5 heures en 2014 ! Elle voudrait ainsi en déduire que l'OAI, au lieu de retenir un statut mixte à 50 %/50 %, aurait dû chiffrer ce statut à hauteur de 15 % pour la part active, et 85 % (80% dans ses écritures) pour la part des travaux ménagers. Ce raisonnement frise la témérité : en effet, non seulement la recourante compare des situations qui ne sont guère comparables, dès lors que l'année 2013 est précisément celle au cours de laquelle est apparue l'atteinte à la santé, diagnostiquée, selon ses médecins traitants, en février 2013 soit bien avant qu'apparaisse la première période d'incapacité de travail attestée médicalement. Il est toutefois hautement vraisemblable que dès février 2013, l'activité de la recourante ait été sensiblement affectée par son atteinte à la santé, ce qui se traduit d'ailleurs dans les chiffres mensuels indiqués par l'employeur, avec des variations à la hausse, pendant certains mois, parfaitement compatibles avec le caractère fluctuant de la maladie décrit par ses médecins. Pire encore : la recourante prétend qu'elle n'aurait travaillé en 2014 que 95.5 heures : elle perd toutefois de vue que le document sur lequel elle se fonde, soit le rapport de l'employeur, date de mi-mai 2014, et qu'il ne prenait en compte les heures effectuées pendant les seuls quatre premiers mois de l'année 2014 ! Et pourtant, la recourante produisait à l'appui de ses écritures la copie de son compte salaire personnel établi par A/3255/2015 - 25/26 - l'employeur, pour les années (complètes) 2013 à 2015, qui montrait à l'évidence que son argumentation n'était pas sérieusement soutenable, en tout cas pour 2014 au niveau du nombre d'heures travaillées. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retient, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le statut mixte retenu par l'intimé à hauteur de 50 % de part active et 50 % pour les travaux ménagers était pleinement justifié.

E. 17

En tant que de besoin, dans la mesure où la recourante déduit de son argumentation précédente que les chiffres retenus par l'intimée dans le cadre de l'enquête ménagère seraient erronés, et qu'ainsi le dossier devrait être retourné à l'intimé pour qu'il procède à une nouvelle enquête ménagère, la chambre de céans relèvera, en plus de ce qui vient d'être dit concernant les proportions du statut mixte retenu, que la recourante ne critique ni le statut en tant que tel, ni les constatations de l'enquêtrice, et par conséquent leur valeur probante, par rapport à la pondération des diverses activités examinées, pas plus que la description des empêchements reconnus, et de l'exigibilité prise en compte. On relèvera d'ailleurs au nombre des constatations de l'enquêtrice que l'assurée indique que sans handicap elle aurait poursuivi son activité d'aide en blanchisserie au même taux d'activité, soit un travail sur appel pour un maximum de 50 %. La chambre de céans, à teneur des principes de jurisprudence rappelés précédemment, ne décèle aucun élément susceptible de remettre en cause la pertinence des observations de l'enquêtrice et la pleine valeur probante de ce rapport. Il sera enfin relevé que, même à supposer que l'on veuille suivre l'argumentation de la recourante, en modifiant comme elle le soutient la répartition de la part active et de la part d'activités ménagères dans le statut mixte dont le principe n'est ni contesté ni contestable, que cela ne changerait rien à l'issue du litige, dans la mesure où le

taux d'invalidité global resterait toujours largement inférieur au seuil légal donnant droit à une rente. En tous points mal fondés, le recours sera rejeté.

E. 18

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3255/2015 - 26/26 - 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.