

GE_GERICHTE A/564/2007 vom 20. Dezember 2007

GE Cour de justice, 2007-12-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_564_2007

FR: GE_GERICHTE A/564/2007 du 20 décembre 2007

IT: GE_GERICHTE A/564/2007 del 20 dicembre 2007

Erwägungen

E. 6

En l'espèce, l'intimé a nié tout droit aux prestations à la recourante sur la base d'une expertise confiée au CEM. Les experts de cette institution ont posé comme seul diagnostic un trouble somatoforme douloureux persistant qui a été considéré, par l'administration, comme n'ayant pas un caractère invalidant eu égard à l'absence des critères posés par la jurisprudence. La recourante, quant à elle, critique l'expertise, notamment en faisant valoir de nombreuses contradictions, et nie sa valeur probante. Elle estime par ailleurs que le diagnostic qui a été posé par les examinateurs n'est pas fondé et qu'elle souffre de pathologies purement somatiques. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations

médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (F_____ -BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; F_____/BLASER, op. cit. p. 81, note 135). Selon le principe de la 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, qu'elle 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 352 ss consid. 3). Dans leur rapport d'expertise du 18 mai 2005, les experts du CEM ont posé le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de dorsalgies chroniques post-traumatiques évoluant indépendamment des séquelles orthopédiques. Or, aucune référence n'est faite à un système de classification reconnu des maladies psychiatriques dans le rapport. On ne sait dès lors quel type de trouble somatoforme les médecins ont diagnostiqué : la 4ème édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé, Paris, 2003 (ci-après : DSM - IV) ne mentionne pas moins de 6 pathologies spécifiques différentes (avec parfois des sous-types) dans la catégorie des troubles somatoformes (trouble somatisation F45.0, trouble somatoforme indifférencié F45.1, trouble de conversion F44.x, trouble douloureux F45.4, hypocondrie ou trouble : peur d'une dysmorphie corporelle F45.2, trouble somatoforme non spécifié F45.9). C'est le médecin du SMR, le docteur F_____, spécialiste en médecine générale et non en

psychiatrie, qui précise le diagnostic en mentionnant la référence à la cote F45.4, correspondant au trouble douloureux. L'expert consultant psychiatre du CEM a relevé, au terme de son examen (p. 10 du rapport d'expertise), l'absence de diagnostic psychiatrique. Il a encore souligné que la capacité de travail de l'assurée, du point de vue mental, devait être considérée comme entière, en l'absence de signe d'une atteinte psychique. On comprend dès lors assez mal comment, après s'être concertés, les médecins ont pu aboutir à la conclusion que l'intéressée présentait toute de même une affection psychiatrique, à savoir un trouble somatoforme. La seule mention du contexte (absence de toute explication somatique et organique aux douleurs exprimées par l'assurée) n'est de loin pas suffisante pour justifier le diagnostic finalement posé. Non seulement cela ne correspond en rien aux critères définis par le DSM-IV (voir p. 561 ss de cet ouvrage), mais cela contredit clairement l'absence de diagnostic psychiatrique mise en évidence auparavant. Les médecins ont d'ailleurs précisé (sous point B.3) qu'il n'existait pas de trouble psychiatrique. Dans un premier temps, l'expert psychiatre a considéré que la capacité de travail résiduelle de la recourante était entière d'un point de vue psychiatrique. Puis, dans leurs conclusions communes, les experts l'ont évaluée à 6 heures par jour dans l'activité habituelle, moyennant une adaptation du cahier des charges, ceci en l'absence de tout autre diagnostic que celui de trouble somatoforme douloureux. Répondant à la question de savoir comment avait évolué la capacité de travail, les médecins ont affirmé que cette dernière avait été de 50 % depuis octobre 2002 et s'était améliorée progressivement avec le temps et les formations dont la recourante a bénéficié lors de sa période de chômage pour atteindre 6 heures par jour. Force est de constater que les arguments mentionnés pour expliquer l'évolution favorable de la capacité de travail ne sont nullement d'ordre médical; ils ne sauraient donc justifier valablement une appréciation médicale de la capacité de travail. Il est par ailleurs difficile de suivre le raisonnement des médecins qui, après avoir fixé la capacité de travail à 6 heures par jour dans l'activité habituelle compte tenu des limitations fonctionnelles (adaptation du cahier des charges), ont estimé qu'à long terme, cette capacité serait totale, tout en constatant qu'elle l'était déjà dans une activité adaptée dont on relèvera qu'elle correspond en tous points à l'activité habituelle après modification du cahier des charges. On relèvera finalement que la cause des limitations fonctionnelles reconnues par les experts n'est pas claire non plus : s'ils estiment qu'il n'y a aucune pathologie somatique ni cause organique expliquant les douleurs, les médecins retiennent tout de même que des contractures musculaires (douloureuses) justifient les limitations fonctionnelles, qui sont aussi, si l'on essaie de suivre leur raisonnement pour le moins confus, le fruit des douleurs subjectives de l'assurée. Dans ces circonstances, soit en l'absence d'un diagnostic posé lege artis sur les critères d'une classification reconnue et compte tenu des multiples contradictions figurant dans les conclusions du rapport d'expertise relatives tant au diagnostic même qu'aux limitations fonctionnelles et à la capacité de travail, le rapport d'expertise du CEM du 18 mai 2005 doit se voir nier toute valeur probante. Au demeurant, les conclusions auxquelles sont parvenus les experts du CEM sont par ailleurs suffisamment remises en question par le rapport de radiologie de la doctoresse D_____ du 12 septembre 2007 et celui du docteur E_____ du 28 septembre 2007 pour que la juridiction de céans s'en écarte. Ces spécialistes font en effet clairement état de troubles relativement importants au niveau du rachis cervical. Certes, lesdites constatations sont postérieures à la décision dont est recours et le juge doit en principe tenir compte de l'état de fait tel qu'il se présentait au moment de la décision litigieuse (ATF 125 V 369 consid. 2). Cela étant, il n'est point possible d'affirmer que les lésions objectivées (hernie cervicale, protrusion discale

cervicale, uncarthrose et discarthrose) ne sont apparues qu'après la décision du 12 janvier 2007. Bien au contraire, vu l'absence d'examen IRM depuis 2000 et la constance des plaintes durant les derniers mois, il y a lieu de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante prévalant en droit des assurances sociales, que lesdites lésions existaient avant que la décision attaquée ne soit rendue. Eu égard aux considérations qui précèdent, il convient de ne pas retenir les conclusions du rapport du CEM. La recourante fait également grief à l'intimé d'avoir fait fi de l'évaluation de son invalidité effectuée par la SUVA, et des conclusions médicales auxquelles cet assureur était parvenu. Ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas. D'un autre côté l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. A tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. Elle doit au contraire être considérée comme un indice d'une appréciation fiable et, par voie de conséquence, prise en compte ultérieurement dans le processus de décision par le deuxième assureur. L'assureur doit ainsi se laisser opposer la présomption de l'exactitude de l'évaluation de l'invalidité effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs pertinents. A cet égard, une appréciation divergente mais soutenable, éventuellement même équivalente, n'est pas suffisante. Peuvent en revanche constituer des motifs suffisants le fait qu'une telle évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré. A ces motifs de divergence déjà reconnus antérieurement par la jurisprudence, il faut ajouter des mesures d'instruction extrêmement limitées et superficielles, ainsi qu'une évaluation pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 288 ; voir aussi ATF 131 V 123 s. consid. 3.3.3). Par exemple, le Tribunal fédéral des assurances a considéré comme insoutenable une appréciation des organes de l'assurance-invalidité, au motif qu'elle s'écartait largement de l'évaluation de l'assureur-accidents, laquelle reposait sur des conclusions médicales convaincantes concernant la capacité de travail et l'activité exigible, ainsi que sur une comparaison des revenus correctement effectuée (ATF 126 V 294 consid. 2d; ATF 119 V 474 consid. 4a; voir aussi RAMA 2000 n° U 406 p. 402 s. consid. 3, 2001 n° U 410 p. 73 s. consid. 3). Par contre, l'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité effectuée par l'assurance-invalidité, même si elle est entrée en force (VSI 2004 p. 188 consid. 5). En l'espèce, il est constant que la SUVA a rendu une décision portant sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et que cette décision est entrée en force. Or, la SUVA a reconnu à l'assurée un taux d'invalidité de 20 % suite à une longue instruction - notamment des aspects médicaux; elle s'est fondée sur des rapports complets et précis de divers médecins, dont l'un a été rédigé après que l'assurée a effectué un séjour de plus d'un

mois au sein de la CRR (une part importante de ce séjour a été passée en atelier). Les conclusions retenues par la SUVA, soit une diminution du rendement de l'intéressée de 20 % dans son activité habituelle aménagée pour tenir compte des nécessaires pauses et une atteinte importante et durable à son intégrité physique due à l'accident d'octobre 2000 (cf. art. 24 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents qui pose les conditions du versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité), ne peuvent dès lors être écartées sans autre. Bien au contraire, les principes rappelés supra en matière d'équivalence de la notion d'invalidité dans les assurances invalidité, militaire et accidents commandent que l'intimé tienne compte des considérations de la SUVA. Certes, les conclusions auxquelles est parvenu l'assureur-accidents ne peuvent être reprises telles quelles, étant donné, entre autres, le statut mixte de la recourante (cf. infra, consid. 12) et les pathologies nouvellement mises à jour par l'IRM du 12 septembre 2007. Il n'en demeure pas moins que les divergences - à tout le moins médicales - doivent s'estomper, dans le sens où l'intimé est tenu de reconnaître, comme atteinte à la santé, les séquelles de l'accident du mois d'octobre 2000. Eu égard à la mise en évidence par examen radiologique d'atteintes inconnues au moment de la décision litigieuse, l'instruction du dossier doit être complétée pour déterminer la capacité de travail résiduelle de l'intéressée. Cela étant, et quand bien même il n'est point possible de se fonder sur l'expertise commandée par l'intimé, cette évaluation devra se faire sous la forme d'un stage d'évaluation professionnel. En effet, les documents médicaux au dossier sont suffisants pour déterminer les activités encore exigibles de la part de la recourante et les limitations fonctionnelles qu'elle rencontre. Les conclusions unanimes des médecins ayant examiné l'intéressée justifient une incapacité de travail totale dans la profession d'aide de cuisine (les nombreuses contre-indications ne permettent pas à l'intéressée de trouver un poste adapté dans ce domaine d'activité). Demeure dès lors inconnu le taux de capacité résiduelle dans une activité adaptée, principalement sous l'angle du rendement. Il appartiendra donc à l'intimé de mettre en œuvre ledit stage d'évaluation, de procéder ensuite à la détermination des activités exigibles et de se positionner sur les mesures d'ordre professionnel auxquelles peut prétendre la recourante. Sans préjuger du sort de celles-ci, il apparaît évident, au vu du parcours professionnel de cette dernière, qu'elle a à tout le moins droit à une orientation professionnelle (art. 15 LAI), ainsi qu'à une aide au placement incluant éventuellement une mise au courant (art. 18 al. 1 LAI). Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation

familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). En l'espèce, la recourante a travaillé, jusqu'à son licenciement, à temps partiel pendant 10 ans pour le compte de SAIRGROUP, département X_____ . Durant cette période, sa fille, étudiante, partageait son appartement et était à sa charge. Il ressort de l'extrait de compte individuel de l'intéressée qu'elle a auparavant effectué diverses activités professionnelles pour des revenus fort modestes la plupart du temps (pce 20 OCAI), ce dont on peut raisonnablement déduire qu'il s'agissait pour la majeure partie d'entre eux d'emploi à temps partiel. Dans le questionnaire sur le statut qu'elle a rempli le 15 octobre 2002, elle a déclaré qu'elle n'avait jamais envisagé de modifier son taux d'activité (à la hausse ou à la baisse), que son employeur n'engageait pas d'auxiliaire à temps plein depuis qu'elle avait commencé son activité auprès de lui, et qu'elle avait travaillé à 100 % en 1990 et 1991 pour le compte des Hôpitaux universitaires de Genève, ce qui se vérifie à la lecture de l'extrait de compte individuel. Répondant à un questionnaire subséquent (daté du 20 décembre 2004), la recourante a fait savoir que, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à temps plein, afin d'améliorer ses revenus. Elle a également précisé que si elle n'avait été employée pendant 10 ans qu'à temps partiel, c'était en raison d'une réduction imposée par l'employeur, pour lequel elle avait néanmoins effectué quelques périodes à 100 % (mai-juin 1994, décembre 1996 et septembre-octobre 1997). Il y a donc lieu de résoudre la question de savoir si la recourante doit être considérée comme une personne active ou partiellement active (statut mixte), étant donné qu'à ce jour, elle n'a pas repris d'activité. Force est de constater que la recourante a accepté un poste à temps partiel en 1994 et l'a conservé durant 10 années, quand bien même sa fille vivait à son domicile et était à sa charge. Elle n'a pas cherché à compléter son activité professionnelle en œuvrant pour un second employeur, ce qui aurait été envisageable vu ses horaires de travail. Elle a certes travaillé à quelques reprises à plein temps, mais ce n'était manifestement que temporaire et pour de relativement brèves périodes. En conséquence, si le motif avancé pour fonder une hypothétique reprise d'activité à temps complet est tout à fait compréhensible - à savoir l'amélioration des revenus -, il ne saurait à lui seul justifier la reconnaissance d'un statut de personne active. En effet, la recourante s'est toujours accommodée de revenus relativement faibles - pour des raisons inexplicables et inexplicables - tout en ayant un enfant à charge, d'une part. Or, sa fille est aujourd'hui indépendante financièrement et semble vouloir s'établir avec son ami (cf. rapport d'expertise du CEM). Les charges financières de la recourante s'en trouvent par conséquent allégées. D'autre part et en application d'une jurisprudence constante, il convient d'accorder la préférence à ses premières déclarations (en l'occurrence l'absence de volonté de modifier son taux d'activité), faites alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). En conséquence, le Tribunal de céans estime que la recourante doit être considérée comme une personne exerçant une activité à temps partiel. Lorsque les assurés n'exercent une activité lucrative

qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon l'art. 16 LPGA, c'est-à-dire sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA, l'invalidité est fixée selon l'art. 27 pour cette activité-là. Dans ce cas, il faudra 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 la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste 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. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1, du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2, du 28 février 2003, I 685/02, consid. 3.2). En l'espèce, la recourante travaillait en moyenne 18 heures par semaine et la durée hebdomadaire usuelle de travail de l'entreprise pour un plein temps était de 41 heures (8.2 heures 5 jours par semaine ; cf. pce 14-1 OCAI). Le taux d'activité de l'intéressée est dès lors de 44 %. La répartition des activités lucrative et ménagère se détermine donc comme suit : activité lucrative : 44 % activité ménagère : 56 %. Pour le surplus, l'intimé n'ayant pas procédé à une enquête ménagère, le dossier doit lui être retourné pour qu'il mette en œuvre une telle mesure d'instruction afin de fixer le taux d'invalidité global de la recourante. Au vu de ce qui précède, le recours doit être admis et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il procède selon les considérants ci-avant. La recourante, représentée par un mandataire, a droit à une indemnité pour ses dépens fixée en l'espèce à 1'000 fr.

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