

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3383/2015

ATAS/90/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 février 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1965, originaire du Kosovo, entrée en Suisse en mars 1997, mère de quatre enfants âgés de 23, 21, 19 et 17 ans, vivant encore tous au domicile familial, a déposé le 18 novembre 2014 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI). Elle allègue souffrir de fissures dans la colonne, de douleurs au dos et aux jambes, et de fortes migraines, depuis quelques années.
2. Son époux, Monsieur A_____, est au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} août 2009.
3. Le docteur B_____, spécialiste FMH en neurologie, consulté par le docteur C_____ du Centre médical de Vermont-Grand-Pré, a, par courrier du 16 septembre 2013, constaté que cette patiente « présente des maux de tête dont les caractéristiques évoquent des migraines sans aura. Il est possible qu'il existe également une composante de céphalées tensionnelles, toutefois moins marquées. L'examen neurologique est dans les limites de la norme et l'écho-Doppler des axes carotidiens, vertébraux et transcrâniens est sans anomalie, en particulier sans évidence de sténose serrée des axes à destinée cérébrale (cf. rapport ci-joint). Compte tenu de la fréquence modérée des migraines, j'ai proposé à *l'assurée* d'essayer la prise d'un comprimé de Maxalt lingual 10mg afin de voir si cela permet d'arrêter la crise. En cas d'augmentation de la fréquence des épisodes, un traitement de fond à base d'amitriptyline pourra être essayé (Saroten retard 25 mg le soir). Concernant les quelques lésions de la substance blanche visualisées à l'IRM cérébrale, celles-ci sont vraisemblablement à intégrer dans le cadre d'une maladie des petits vaisseaux débutante. Je vous propose de contrôler les divers facteurs de risques cardiovasculaires ».
4. Dans un rapport du 19 décembre 2014, le Dr C_____ a retenu les diagnostics de céphalées de tension versus migraine, discopathie L5-S1, fissure simple de l'anneau fibreux L5-S1 et coxarthrose gauche. Il n'a pas précisé le taux de la capacité de travail, relevant que l'assurée était femme au foyer, et a biffé la page pré-imprimée relative aux limitations fonctionnelles.
5. Dans un avis du 8 juin 2015, le service médical régional AI (SMR) relève que :
« sur le plan neurologique, l'assurée présente des crises de migraine deux à trois fois par mois. Cette atteinte n'est pas incapacitante, car non durable. Le Dr B_____, neurologue, parle d'une symptomatologie modérée.
Sur le plan rhumatologique, l'assurée présente des lombalgies sur des troubles dégénératifs débutants (discopathie) sans conflit disco-radiculaires et des coxalgies gauches sur conflit fémoro-acétabulaire. Selon le médecin traitant, le Dr C_____, ses diagnostics ne sont pas incapacitants.
Au total, cette assurée ne présente aucune atteinte incapacitante selon le Dr C_____ qui ne décrit pas non plus de limitations fonctionnelles ».

6. Le 26 juin 2015, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande de prestations est rejetée.
7. Par décision du 4 septembre 2015, l'OAI a confirmé son projet de décision.
8. Par courrier du 16 septembre 2015 adressé à l'OAI, l'assurée a sollicité la reconsidération de ladite décision.
9. L'OAI a transmis ce courrier à la chambre de céans le 24 septembre 2015 comme objet de sa compétence.
10. La cause a été enregistrée sous le numéro A/3383/2015.
11. Dans sa réponse du 10 novembre 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours.
12. Le 23 novembre 2015, l'assurée a transmis plusieurs documents médicaux à la chambre de céans, et signale que les troubles dans elle souffre « augmentent constamment ». Elle dit éprouver de la difficulté à se mouvoir sans aide, même dans l'appartement. Les migraines et les vertiges tendent également à augmenter de fréquence, ainsi que les douleurs de dos et de pieds qui s'aggravent.
13. Les documents médicaux produits ont été communiqués au médecin du SMR, lequel, dans un avis du 4 décembre 2015, a considéré qu'ils ne mettaient en évidence aucune atteinte incapacitante, et a persisté dans ses conclusions du 8 juin 2015. Il relève que l'assurée n'a pas de suivi régulier. Le Dr C_____, qu'elle a consulté entre le 30 août et le 25 septembre 2013, rapporte des céphalées de tension versus migraine, une coxarthrose gauche et lombalgie sur trouble dégénératif débutant (discopathie L5-S1), mais estime que ces atteintes ne sont pas incapacitantes. Le Dr B_____, qui n'a été consulté qu'une fois en septembre 2013, retient des migraines sans aura dont la fréquence est modérée et pour lesquelles il ne propose pas d'emblée de traitement de fond, se contentant de recommander un traitement lors de crise. L'assurée a présenté une gastro-entérite en février 2015, pour laquelle elle a consulté le docteur D_____ le 27 février 2015. Il s'agit d'une affection aiguë qui entraîne habituellement un arrêt de travail d'un à deux jours et qui n'a aucune valeur incapacitante au sens de l'AI. L'échographie abdominale réalisée le 23 novembre 2015 est dans les limites de la normes, si ce n'est que le foie apparaît stéatosique, ce qui n'a pas d'incidence sur la capacité de travail. Les bilans sanguins effectués en 2013 et 2014 sont dans les normes, hormis une glycémie à 9,23, sans signification sur le plan AI.

Dans sa duplique du 15 décembre 2015, l'OAI s'est fondé sur l'avis du SMR et a dès lors persisté dans ses conclusions.

14. Interrogé par la chambre de céans, le Dr C_____ a confirmé le 20 janvier 2016 qu'il n'avait fixé aucun taux d'activité, parce que l'assurée n'exerçait pas d'activité lucrative. Il a précisé que « je ne peux me prononcer quant aux limitations fonctionnelles auxquelles elle se heurte, car ses capacités d'accomplir des tâches ménagères n'ont pas été évaluées. Je pense qu'il serait préférable de l'adresser à un médecin expert de l'AI pour un examen complémentaire ».

15. Ce courrier a été transmis aux parties et la cause gardée à juger.

EN DROIT

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 1^{er} 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.

2. À 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.
3. 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).
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.
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
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 incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).
7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération, soit la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique, dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les

assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

8. En l'espèce, l'OAI a retenu que l'assurée, en bonne santé, n'aurait pas exercé d'activité lucrative. L'assurée n'allègue pas qu'elle aurait travaillé si elle avait été en bonne santé. Elle n'a au demeurant jamais exercé aucune activité lucrative en Suisse. C'est dès lors à bon droit que l'OAI lui a appliqué la méthode dite spécifique.
9. Aux termes de l'art. 28a al. 2 LAI, « l'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels ».

L'art. 27 RAI précise que « par travaux habituels des assurés travaillant dans le ménage, il faut entendre notamment l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique ».

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

L'administration procède ainsi à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095ss de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité.

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 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).

10. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2 ; 123 V 233 consid. 3c et 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 (arrêt du Tribunal fédéral I 257/04 du 17 mars 2005 ; arrêts du Tribunal fédéral D. I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005 ; I 681/02 S. 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 (voir également MEYER-BLASER, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222).
11. La jurisprudence ne pose pas de grandeur limite au-delà de laquelle l'aide des membres de la famille ne serait plus possible (arrêt 9C_716/2012 du 11 avril 2013 consid. 4.4). Elle pose comme critère que l'aide ne saurait constituer une charge excessive du seul fait qu'elle va au-delà du soutien que l'on peut attendre de

manière habituelle sans atteinte à la santé (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 s.; 130 V 97 consid. 3.3.3 p. 101 et les références).

12. 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 qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt du Tribunal fédéral I 681/02 S. du 11 août 2003 ; arrêt du Tribunal fédéral non publié I 407/92 C. du 8 novembre 1993). 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 (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222).
13. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.
14. 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).
15. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

16. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATFA non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3).
17. 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).
18. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne peut toutefois 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.
19. En l'espèce, le Dr C_____ n'a certes ni fixé de taux d'incapacité de travail, ni indiqué de limitations fonctionnelles. Force est toutefois de constater qu'il n'a pas jugé nécessaire de le faire, partant de l'idée que sa patiente n'exerçait pas d'activité lucrative. Il a par ailleurs déclaré qu'il ne pouvait pas se prononcer sur les limitations fonctionnelles.
20. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), 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'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, 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 la maxime 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 judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits

de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87).

21. Force est ainsi de constater que le dossier n'est pas en état d'être jugé. Il se justifie, partant, de renvoyer le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire. L'OAI devra procéder à une enquête ménagère, et rendre une nouvelle décision.
22. Le recours est par conséquent partiellement admis.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 4 septembre 2015.
3. Renvoie la cause à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants et nouvelle décision.
4. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le