

GE_GERICHTE ATAS/1208/2012 vom 9. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1208_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1208/2012 du 9 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1208/2012 del 9 ottobre 2012

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.

E. 2

La LPGA est applicable, de même que la LAI dans sa teneur au 1er janvier 2008.

E. 3

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. 4

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès le mois de janvier 2011, soit à l'issue du délai de carence d'un an dès l'arrêt de travail de janvier 2010 et singulièrement sur le calcul de son taux d'invalidité.

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. 28 al. 2 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

A/4466/2011 - 13/23 - 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 (ATFA non publié 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 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

A/4466/2011 - 14/23 - probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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). 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, ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 7

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. 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 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).

E. 8

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).

A/4466/2011 - 15/23 - 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. b) 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; ATFA non publié 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; ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005). c) 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

A/4466/2011 - 16/23 - qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidé). 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). d) 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 et ATF 104 V 136 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). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (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

A/4466/2011 - 17/23 - 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). e) En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, sauf si on peut admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on peut convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). 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 LPGA), 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). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés. D'après ces critères, on déterminera si, dans les circonstances concrètes du cas, l'invalide a la possibilité de mettre à profit sa capacité résiduelle de gain, et s'il peut ou non réaliser un revenu excluant le droit à une rente (ATF 110 V 273). 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 LPGA, lorsqu'elle ne peut être 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 (ATF non publié 9C_1066/200 du 22 septembre 2010; RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent

A/4466/2011 - 18/23 - des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (ATF non publié 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). f) Le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence la plus récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité (ATF 134 V 9; voir également SVR 2006 IV n° 42 p. 151). L'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les

travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité ne peut être prise en considération qu'à certaines conditions spéciales. Entre autres exigences, il faut, pour pouvoir se prévaloir de ce que les efforts consentis en exerçant une activité lucrative ont des effets du point de vue de l'atteinte à la santé sur l'accomplissement des travaux ménagers et éducatifs, que l'assuré exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité. A l'inverse, les efforts fournis dans l'accomplissement des travaux habituels ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à exercer une activité lucrative que dans l'hypothèse où la personne assurée consacre une partie de son temps à des tâches d'assistance familiale (en faveur de ses enfants ou de parents nécessitant des soins). L'éventualité que les deux domaines d'activités puissent s'influencer réciproquement apparaîtra par ailleurs d'autant plus faible que leurs profils d'exigences seront complémentaires. En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale. L'appréciation doit se faire en fonction de l'importance décroissante qu'il convient d'accorder à chaque domaine d'activité. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, il convient d'examiner celui où les efforts se font le plus fortement ressentir. (ATF 134 V 9 consid. 7.3.1 et 7.3.3; ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2). La diminution de l'aptitude à exercer les travaux habituels, résultant des efforts accomplis lors de l'exercice de l'activité lucrative, ne saurait dépasser 15%. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, les efforts supplémentaires résultant du cumul d'activités lucrative et non lucrative est pris en considération dans le champ d'activité où ces efforts se font le plus sentir (cf. ATF 134 V 9; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 4).

E. 9

a) En l'espèce, l'instruction médicale du dossier est complète et il n'est ainsi pas nécessaire d'ordonner une expertise. En effet, aucun rapport médical circonstancié et probant ne retient d'incapacité du point de vue psychique et, sur le plan somatique, les conclusions de l'expertise du Dr E _____ ne sont pas contradictoires avec l'avis du Dr B _____. En premier lieu, tous deux estiment

A/4466/2011 - 19/23 - que l'activité d'aide familiale n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assurée, ne serait-ce parce qu'elle ne respecte manifestement pas les limitations fonctionnelles retenues, ce que le SMR retient aussi. Si le Dr B _____ indique que la meilleure solution serait le maintien de cette activité à 30% (50% du 60%), c'est en raison du fait qu'il estime qu'aucune activité ne peut être exercée à un taux plus important et, vraisemblablement aussi pour d'autres motifs (emploi connu, employeur compréhensif, conditions salariales étatiques, etc.). En second lieu, les deux spécialistes retiennent que lors des périodes de poussée inflammatoire importante, l'incapacité de travail est nulle dans toute activité, ce que le SMR admet aussi. En troisième lieu, ils confirment qu'en dehors des poussées, alors que l'assurée reste sous anti-inflammatoires, elle est capable de travailler à plein temps, sans diminution de rendement. En quatrième lieu, ils confirment qu'avec une activité plus légère, voire aucune activité, la fréquence et l'intensité des périodes inflammatoires seraient identiques. Toutefois, le Dr E _____ retient que la durée de chaque période d'incapacité serait "vraisemblablement" plus courte avec une activité adaptée. Il indique que chaque période inflammatoire entraîne des lésions, lesquelles, associées à une surcharge mécanique liée à l'activité lourde, pourraient entraîner un

handicap plus important. Il faut donc ménager les organes lésés. Avec une activité adaptée, les épisodes douloureux de type mécaniques ne devraient plus se manifester, seules les périodes douloureuses inflammatoires seraient alors incapacitantes. Le Dr B _____ relève que sa patiente a pourtant présenté des poussées inflammatoires prolongées alors qu'elle était à l'arrêt complet. Il s'avère en réalité que ces deux avis ne sont pas vraiment contradictoires. D'une part, l'avis du Dr E _____ s'agissant du risque d'aggravation de l'état de santé en cas de maintien de l'activité habituelle est convaincant et bien motivé, il est de surcroît partagé par le SMR. Toutefois, cela ne change rien au fait que l'assurée présente de toute façon, dans une activité adaptée ou pas et même sans activité, des poussées inflammatoires de la même intensité et à la même fréquence, qui impliquent selon leur intensité une incapacité totale ou partielle à exercer toute activité, même ménagère. Surtout, le Dr B _____ souligne avec pertinence que la durée des périodes inflammatoires (et par conséquent de l'incapacité de travail) a été longue en 2010, et ce alors même que l'assurée était en arrêt de travail suite à la chute ayant touché un genou en janvier 2010 et ne sollicitait donc pas ses épaules et hanches, puis à nouveau en 2012. Sans remonter aux arrêts de travail depuis 2003, il s'avère que l'assurée a été incapable de travailler du 11 décembre 2008 au 23 février 2009, du 18 août au 7 septembre 2009 et du 3 novembre au 31 décembre 2009, soit environ 5 mois sur un peu plus d'un an. L'incapacité de travail qui a débuté le 3 novembre 2009 a continué jusqu'au 15 septembre 2010 à 100% et a dû être prolongée à 50% jusqu'au 18 mai 2011, en raison de l'état inflammatoire, en dehors de toute activité, puis à nouveau à 100% du 22 septembre au 16 octobre 2011, soit environ 18 mois sur une période de

A/4466/2011 - 20/23 - deux ans. En 2012, l'assurée a été incapable de travailler du 9 janvier au 31 mai, à 50% du 9 au 13 janvier, 100% du 14 janvier au 25 mars, puis 50% du 26 mars au 31 mai. Selon la dernière attestation du Dr B _____, les douleurs se sont améliorées durant l'été, mais une nouvelle atteinte inflammatoire à la cheville droite a été diagnostiquée en juillet 2012. Le médecin précise à cette occasion que les douleurs persistent surtout lorsque le travail d'aide-ménagère est lourd. Il s'avère par ailleurs que, même sans compter une partie de la longue incapacité de 2010 à mettre sur le compte des suites de l'accident de janvier 2010, la fréquence et la durée des périodes d'incapacité vont en augmentant (plus de 4 mois consécutifs en 2012). De plus, l'assurée connaît une aggravation de son état de santé par l'apparition d'une nouvelle atteinte inflammatoire à la cheville en été 2012. Rien ne permet de douter du fait que l'assurée reprend le travail dès que possible à 50%, alors que les douleurs persistent, au vu des déclarations du Dr B _____, vraisemblablement par crainte d'un licenciement. Sur la base de l'ensemble des avis médicaux, il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée aurait également été incapable de travailler durant plusieurs périodes, relativement longues, depuis novembre 2009, bien que dans le cadre d'une activité légère, ces périodes auraient vraisemblablement été moins longues, le Dr B _____ confirmant la persistance des douleurs en raison de l'activité lourde d'aide ménagère. Compte tenu toutefois des constatations faites en 2010, concernant la persistance et la durée de l'état inflammatoire après une longue période de repos, on peut retenir que les diverses périodes inflammatoires ne seraient pas réduites de beaucoup. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère, force est de constater que le Dr E _____ souligne à juste titre que la capacité est entière en dehors des poussées inflammatoires, mais réduite partiellement ou totalement durant ces poussées et en fonction de leur intensité, comme c'est d'ailleurs le cas dans son activité actuelle. Or, on ne peut pas raisonnablement estimer que la capacité de travail est entière chez une

assurée qui est incapable de travailler 6 mois sur 12 en moyenne. C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Au demeurant, il est certain que l'assurée doit le maintien de son poste de travail, malgré de longues et nombreuses périodes d'absence, au fait que son employeur est une institution de droit public. C'est d'ailleurs vraisemblablement aussi pour ce motif que l'assurée continue à exercer l'activité d'aide-ménagère, malgré le fait qu'elle aggrave vraisemblablement son état de santé. En effet, un tel taux d'absentéisme aurait sans aucun doute possible conduit à un licenciement dans le cadre d'un emploi dans le secteur privé. De même, si l'assurée abandonne cet emploi, ce qu'elle devrait manifestement faire pour sa santé, il est hautement vraisemblable que, compte tenu de son âge (54 ans), des nombreuses et longues périodes d'incapacité de travail, qui vont en s'aggravant, de l'aggravation de l'état de santé intervenu durant l'été 2012, il semble fort difficile de trouver un employeur

A/4466/2011 - 21/23 - disposé à engager l'assurée, en faisant des concessions irréalistes, même sur un marché du travail équilibré, sauf peut-être dans le cadre étatique ou paraétatique, ce qui est cependant également de moins en moins le cas, compte tenu des finances de l'état. b) En procédant au calcul du taux d'invalidité théorique, sur la base des salaires statistiques pour une activité adaptée, l'OAI devait soit constater l'impossibilité de trouver un emploi adapté sur le marché primaire du travail, soit tenir compte, à tout le moins, d'une capacité de travail réduite ou d'une diminution de rendement dans une activité adaptée, en proportion des absences de l'assurée lors des poussées inflammatoires, soit vraisemblablement de l'ordre de 40% à 50%, sur la base des rapports médicaux. De même, en fonction de l'âge de l'assurée (54 ans), de l'importance de ses limitations fonctionnelles, de la longue durée d'occupation en tant qu'aide ménagère (33 ans depuis 1979), c'est un abattement de 25% qui devait être retenu, de sorte que le revenu avec invalidité devait être fixé à 21'638 fr. ($52'457 \text{ fr.} \times 55\% - 25\%$). Le taux d'empêchement professionnel en ressortant, de 74% correspond à un taux d'invalidité de 51,8 % ($74\% \times 70\%$). S'agissant de l'enquête ménagère, elle a été menée avec sérieux, par une personne qualifiée et tient correctement compte de l'absence d'exigibilité de la part de tout tiers et des constatations médicales. S'agissant du nettoyage, un empêchement de 50% reflète correctement le fait que l'assurée ne peut effectuer que les tâches légères, mais qui sont les plus fréquentes (poussière, balais, nettoyage de la table, du lavabo, une partie de l'aspirateur, etc.) et n'effectue plus les travaux lourds, dont certains sont moins fréquents (vitres, boiseries, etc.). Pour l'alimentation, l'assurée peut préparer ses repas, nettoyer l'évier et les plaques de la cuisinière et l'empêchement de 20% concerne donc le nettoyage lourd de la cuisine. Pour ce qui est de la lessive, le temps consacré à préparer et à plier le linge est plus long que celui pris pour mettre la machine, puis le séchoir en route, de sorte que 40% d'empêchement est raisonnable. On pourrait éventuellement retenir 5% d'empêchement pour les courses, s'agissant des objets lourds. Cela étant, l'enquête ménagère tient compte du fait qu'aussi longtemps que l'assurée continue à travailler - comme aide ménagère précisément - elle rentre épuisée à la maison et ne parvient plus à effectuer ses tâches domestiques, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, le taux d'invalidité ménagère étant de 8,7% ($29\% \times 30\%$). Ainsi, globalement, le taux d'invalidité de l'assurée serait de l'ordre de 60,5%, et ce pour autant qu'il soit démontré que l'assurée dispose de possibilités de travail réalistes dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A défaut, il serait de 78,7%. c) Cela étant, l'invalidité est une notion économique et aussi longtemps que l'assurée continue à travailler et à réaliser le même salaire malgré l'atteinte invalidante, il n'y a pas d'invalidité au sens de la loi, car il n'y a pas de perte de gain. Ainsi, la comparaison des revenus avec et

sans invalidité conduit en l'état à un taux d'invalidité nul sur le plan professionnel et de 8,7 % sur le plan ménager. Ainsi, par

A/4466/2011 - 22/23 - substitution de motifs, la décision de l'OAI du 17 novembre 2011 qui refuse toutes prestations à l'assurée est fondée. C'est ainsi seulement lorsque l'assurée ne réalisera plus ce revenu, en raison d'un licenciement ou d'une démission, qu'elle pourra déposer une demande de révision, dès lors que, non seulement son état de santé s'est aggravé après la décision du 17 novembre 2011, mais que ces autres circonstances auront pour effet de notablement modifier le taux d'invalidité. L'objet du litige étant délimité par la décision du 17 novembre 2011, date à laquelle l'assurée percevait son plein salaire, la Cour de céans ne peut pas fixer précisément le taux d'invalidité, car ce dernier devra l'être, le cas échéant, sur la base des circonstances notamment médicales et professionnelles lors de l'éventuelle demande de révision. A noter encore que la poursuite de l'activité, malgré le fait qu'elle est clairement inadaptée, voire de nature à aggraver l'invalidité, est certes contestable, mais on comprend que l'assurée s'y accroche, au vu de la compréhension de son employeur et de l'incertitude de sa situation financière à défaut. Il faut encore relever qu'en poursuivant son travail, l'assurée diminue son dommage, certes provisoirement, mais ce qui n'est pas négligeable.

E. 10

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/4466/2011 - 23/23 - 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.