

GE_GERICHTE ATAS/668/2009 vom 29. Mai 2009

GE Cour de justice, 2009-05-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_668_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/668/2009 du 29 mai 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/668/2009 del 29 maggio 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

A/1497/2008 - 11/19 -

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir quel est le taux d'invalidité qu'elle présente et si, cas échéant, elle peut se voir octroyer des mesures d'ordre professionnel.

E. 5

a) 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). 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 (art. 7 LPGA). 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 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4 et les références). c) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.;

A/1497/2008 - 12/19 - Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité

nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 6

La recourante conteste le taux de capacité résiduelle de travail retenu par l'intimé, lequel a considéré, sur la base du rapport d'expertise du SMR, qu'elle était capable d'exercer à mi-temps une activité adaptée. Le Tribunal de céans ne saurait suivre l'argumentation de la recourante sur ce point pour les motifs suivants. En effet, le rapport bidisciplinaire du 10 août 2006 se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et tient compte des plaintes émises

A/1497/2008 - 13/19 - par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier et ses conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de lui reconnaître pleine valeur probante ce, d'autant plus que l'ensemble des diagnostics retenus par les médecins du SMR ont été confirmés par les Drs D_____ et I_____. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. En réalité, les Drs I_____ et D_____ ne font qu'apporter une appréciation différente de la capacité résiduelle de travail de l'assurée, sans remettre en cause par ailleurs les diagnostics et limitations retenus par les médecins du SMR. Or, l'évaluation du Dr D_____ s'agissant de la capacité de travail de l'assurée ne saurait en particulier emporter la conviction, puisqu'il se base également sur des éléments ne relevant pas de l'assurance-invalidité (âge, niveau de scolarité, connaissances linguistiques de la recourante). Quant au Dr I_____, il base son appréciation sur l'ensemble de la situation « tant physique que psychique ». Or, aucune

atteinte psychique invalidante n'a été mise en évidence chez la recourante. Eu égard à ces considérations, la capacité résiduelle de travail retenue par l'intimé doit être confirmée, une nouvelle expertise ne se justifiant pas, puisqu'il n'existe en fait de divergence entre les médecins de l'assurée et ceux du SMR que sur ce point, les diagnostics et limitations fonctionnelles n'étant par ailleurs pas contestés.

E. 7

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OCAI. Il faut en premier lieu 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

A/1497/2008 - 14/19 - 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. 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, ou s'il se consacrerait uniquement à ses 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). Il convient également de s'inspirer de la définition de la personne non active donnée à l'art. 28 al. 2 bis LAI, selon laquelle est considérée comme non active la personne qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger d'elle qu'elle en exerce une. En l'espèce, l'assurée s'est vu reconnaître par l'intimé un statut mixte et a été considérée comme active à 80%. C'est en effet en ce sens que concluait l'enquête ménagère, qui relève que l'assurée a affirmé qu'en bonne santé, elle aurait continué à travailler pour des raisons financières, à 80% au minimum, soit quatre jours par semaine à plus de huit heures par jour, afin de se rendre disponible pour la clientèle et de pouvoir la conserver. Si l'on considère que l'assurée aurait travaillé 8 heures et demi par jour, quatre jours par semaine, cela conduit à un horaire hebdomadaire de 34 heures, correspondant à un taux d'occupation de 85% (si l'on considère un plein temps de 40 h./sem.). C'est donc ce taux d'occupation qu'il convient de retenir.

E. 8

La recourante conteste l'évaluation de sa capacité à assumer ses tâches ménagères, alléguant par exemple que, dans la mesure où il a été admis qu'elle ne peut plus effectuer les travaux liés à la préparation d'un repas, son empêchement dans ce poste aurait dû être évalué à 50%

et non à 20% seulement, tout comme l'empêchement à assumer la lessive et l'entretien des vêtements aurait dû être fixé à 100% et non à 60%, puisqu'elle ne peut plus effectuer aucune tâche relative à la

A/1497/2008 - 15/19 - lessive et à l'entretien des vêtements. L'assurée en tire la conclusion que son incapacité à assumer les activités ménagères devrait s'élever à 51% et non à 32%, comme retenu par l'OCAI. En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer 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 handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, 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 en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que 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 (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). 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 faut faire procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). Cela étant, on ne saurait confirmer la pratique aux termes de laquelle, en présence de troubles d'ordre psychique, l'enquête sur les activités ménagères ne constitue pas un moyen de preuve approprié pour évaluer le degré d'invalidité des assurés travaillant dans le ménage. Il faut bien plutôt s'en tenir à la jurisprudence inaugurée dans l'arrêt non publié du 9 novembre 1987 dans la cause I 277/87, et la préciser, en ce sens qu'en présence de tels troubles, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (ATFA I 311/03 du 22 décembre 2003, consid. 5.3) En l'espèce, il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute la valeur probante et les conclusions de l'enquête ménagère. Le Dr D_____, a indiqué

A/1497/2008 - 16/19 - que les tâches lourdes telles que l'aspirateur ou le port des commissions étaient interdites à sa patiente, ce qui n'est pas contesté. Il a confirmé que l'intéressée faisait appel à l'aide de ses proches et fractionnait les tâches à accomplir, ce qui est précisément ce que l'on attend d'un assuré. En effet, ainsi que l'a rappelé l'intimé en audience, l'enquêteur procède à une pondération en tenant compte de ce que peut faire l'assurée, mais également de l'aide que peuvent apporter les autres personnes faisant partie du ménage et de la fréquence à laquelle sont exercées les différentes tâches. Il découle en effet de l'obligation de réduire le dommage, de tenir compte de l'aide que peuvent apporter

les proches à l'assuré. Dans le cas présent et eu égard à ces explications, force est de constater qu'aucun élément objectif n'a été amené qui permette de remettre en cause les conclusions de l'enquête ménagère.

E. 9

Reste à déterminer le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle. a) L'entrée en vigueur de la 4^{ème} révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4^{ème} révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174).

A/1497/2008 - 17/19 - Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle avait été en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé. b) En l'espèce, eu égard au fait que le droit à la rente peut éventuellement prendre naissance au plus tôt en juillet 2004, soit une année après le début

de l'incapacité de travail attestée par le Dr D_____ dans son rapport du 21 août 2004, le calcul du degré d'invalidité se fera compte tenu des revenus valables pour l'année 2004. S'agissant du revenu avant invalidité, l'employeur de l'assurée a indiqué qu'en 2004, elle aurait réalisé un revenu de 24'792 fr. (montant repris par l'intimé). Ce montant correspond toutefois au revenu qu'aurait obtenu l'assurée en 2004 en travaillant au taux réduit qui était le sien juste avant l'incapacité de travail, soit 28 h./sem. (cf. questionnaire de l'employeur). En travaillant à 85% (soit 34 h./sem.), son revenu se serait élevé à 30'105 fr. C'est donc ce montant qu'il convient de retenir à titre de revenu avant invalidité. Quant au revenu avec invalidité, en l'absence de reprise d'activité de la recourante, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Le revenu d'invalidité peut ainsi être évalué à 19'434 fr. (ESS 2004, TA1, activités simples et répétitives : 3'893.- pour 40 h./sem. = 4'049.- pour 41.6 h./sem. = 48'585.- en 2004 = 24'4563.- à 50% = 19'439.- après réduction supplémentaire de 20%), compte tenu d'une réduction supplémentaire de 20%. En effet, la réduction de 15% appliquée par l'intimé apparaît insuffisante au vu du nombre d'éléments que l'intimé a admis devoir prendre en compte : les limitations fonctionnelles de

A/1497/2008 - 18/19 - l'assurée mais surtout, son âge, le fait qu'elle ne pourra plus exercer qu'un temps partiel et le nombre d'années de service. La comparaison des gains conduit à un degré d'invalidité de 35.5% pour la part lucrative.

E. 10

L'empêchement de 32% dans la part ménagère (20%) ayant conduit à un degré d'invalidité de 6%, le degré d'invalidité global doit être fixé à 31,08 %, degré insuffisant pour ouvrir droit à une rente. On peut encore ajouter que même en appliquant une réduction de 25% au revenu d'invalidité, comme le demande la recourante, on obtiendrait un revenu de 18'219 fr. conduisant à un degré d'invalidité de 39.5% pour la part lucrative et à un degré d'invalidité global de 34,5%, également insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

E. 11

Eu égard aux considérations qui précèdent, le refus de rente apparaît justifié. Le recours est donc rejeté.

A/1497/2008 - 19/19 -

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