

GE_GERICHTE ATAS/780/2012 vom 12. Juni 2012

GE Cour de justice, 2012-06-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_780_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/780/2012 du 12 juin 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/780/2012 del 12 giugno 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

A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision) et du 6 octobre 2006 (5ème révision) entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement et le 1er janvier 2008 entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, et, après le 1er janvier 2008 en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

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

E. 5

Le litige porte sur le droit de l'assurée à un trois-quart de rente ou à une rente entière au lieu du quart de rente accordé dès le 1er décembre 2006.

E. 6

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). 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 (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). b) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

E. 7

a) 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 (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité

A/3503/2011 - 13/21 - 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). b) 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). c) Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impuissance de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

A/3503/2011 - 14/21 - d) 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).

E. 8

a) 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 29 consid. 1, 104 V 135 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

A/3503/2011 - 15/21 - décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Quant au revenu d'invalidité, 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'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (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 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). b) 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 LPGGA), 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'oeuvre (VSI 1998 p. 293). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert

A/3503/2011 - 16/21 - 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'oeuvre 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 LPGGA, 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 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).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

a) En l'espèce, il convient d'abord de déterminer le statut de l'assurée. Il est établi qu'elle a interrompu son activité lucrative lors de son mariage, en accord avec son époux et eu égard aux horaires irréguliers de celui-ci. L'absence d'activité lucrative n'était pas liée à la présence d'enfants, de sorte que le critère de l'âge de ces derniers pour envisager la reprise d'une activité n'est pas pertinent. Par contre, la séparation du couple en septembre 2007 ne justifiait plus que la recourante renonçât à toute activité, de sorte qu'il est certain qu'elle

aurait alors repris une activité si son état de santé le permettait, ce qui n'est pas contesté par l'OAI. L'assurée affirme qu'elle

A/3503/2011 - 17/21 - aurait repris une activité à 100% par goût et pour son épanouissement. L'OAI soutient que cette activité serait réduite à 50% eu égard au montant de la contribution d'entretien. Il faut d'abord relever que les regrets a posteriori de l'assurée de ne pas avoir travaillé durant le mariage ne sont pas déterminants pour fixer son taux d'activité sans atteinte à la santé. Ils confirment toutefois que l'assurée n'a pas pris cette décision par manque d'intérêt ou de plaisir à exercer une activité hors de son ménage, mais uniquement en raison des horaires de son mari, ce qui démontre que le principe d'une reprise du travail par goût est très vraisemblable. A ce propos, la première déclaration de l'assurée en décembre 2007 ne permet pas de retenir un statut actif à 100%, en raison de ses contradictions (reprise d'une activité à 100% en 1993, par goût, empêchée par sa santé fragile, alors qu'elle travaillait à cette époque et n'a cessé qu'en 1995, mais sans lien avec sa santé), sauf à exprimer ce regret de ne pas avoir travaillé durant son mariage. Ensuite, le fait que l'assurée se soit inscrite au chômage début octobre 2007 pour un emploi à 50% et ait indiqué ce taux d'activité à l'enquêtrice de l'OAI en 2011 s'explique aisément par le fait qu'elle était alors déjà gravement atteinte dans sa santé, et parfaitement consciente de son incapacité à travailler à plus de 50%. Il est donc possible, mais pas établi, que l'assurée et l'enquêtrice se soient mal comprises et que ce taux ait été indiqué comme étant le maximum envisageable pour l'assurée en raison de son état de santé. Par contre, l'assurée ne parvient pas à emporter la conviction de la Cour lorsqu'elle affirme qu'elle aurait, par goût, après 10 ans sans activité et âgée de 50 ans, repris une activité à 100%, alors qu'elle perçoit une contribution d'entretien de 3'000 fr./mois, que ce montant n'a pas été fixé en raison de la capacité de travail réduite de l'assurée selon le jugement de mesures protectrices et qu'elle n'indique pas que l'épanouissement recherché ne serait pas possible avec une activité à temps partiel. La Cour retiendra donc que, si son état de santé le lui avait permis, l'assurée aurait travaillé à 50% en tout cas dès la séparation en septembre 2007, voire conformément à la décision de l'OAI, dès décembre 2006. b) La situation changera toutefois notablement dès la retraite de l'époux de l'assurée après le mois de mai 2012 et en cas de divorce. D'une part, la capacité contributive de l'ex-époux à la retraite ne lui permettra pas de payer la contribution de 2'900 fr./mois et sa rente de vieillesse qu'il a estimée à 4'000 fr. par mois ne paraît pas sous-évaluée, car même dans l'hypothèse d'une retraite complète, le cumul des 1er et 2ème piliers ne dépasse fréquemment pas 60% du salaire (6'950 fr., pourboire compris $\times 13 \times 60\% = 36'140$ fr., soit 3'000 fr./mois). Il obtiendra ainsi sans difficulté une réduction drastique de la contribution sur mesures protectrices, car son minimum vital strict, sans impôts, selon le jugement de mesures protectrices, s'élevait alors déjà à 2'500 fr. D'autre part, la contribution d'entretien post-divorce est notablement moindre que sur mesures protectrices. C'est vraisemblablement en considération de l'ensemble de ces motifs que l'avocate de l'assurée a tenté d'obtenir, sans succès, que le mari de sa cliente accepte de verser 1'000 fr./mois. A

A/3503/2011 - 18/21 - cet égard, le débirentier semble vouloir adopter une attitude qui dénote clairement sa volonté de ne plus payer de contribution dès sa retraite, voire de quitter la Suisse pour se soustraire à son obligation et à tout risque de poursuite. Il est donc admis au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée aurait dû, dès mai 2012, ou ultérieurement, reprendre une activité à 100% pour assumer ses charges. Toutefois, cela excède l'objet du litige, la décision litigieuse datant du 6 octobre 2011.

E. 11

a) Ensuite, il faut déterminer la capacité résiduelle de travail de l'assurée, les empêchements dans le ménage n'étant pas contestés. La valeur probante de l'expertise du Dr G _____, neurologue, n'est pas contestée par l'assurée, mais celle-ci allègue par contre que les troubles psychiques n'ont pas été pris en compte. Le SMR retient une capacité de travail de 25% dans toute activité, estimant que les manifestations psychiques sont attribuables à l'atteinte neurologique. L'expertise du Dr G _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante selon les critères de la jurisprudence, et ses conclusions sont convaincantes. L'expert retient que l'assurée dispose d'une capacité de travail de 20 à 30% dans une activité manuelle, calme, sans exposition au stress et au bruit, sans position assise continue et sans horaires fixes. Ainsi, dans une activité de femme de ménage, l'assurée ne peut pas travailler plus deux heures par jour et l'expert émet l'hypothèse que la capacité pourrait être augmentée à 50% dans une activité mieux adaptée, si l'insomnie était améliorée mais sans certitude et avec une diminution de rendement. D'une part, que la dépression soit la conséquence du RLS n'est pas déterminant pour l'appréciation de ses effets sur la capacité de travail. Cela étant, les rapports des psychiatres de l'assurée ne permettent pas de retenir que l'atteinte psychiatrique exclurait toute capacité de travail, le Dr F _____ estimant que sa patiente est une bonne candidate pour une réhabilitation professionnelle. D'autre part, l'amélioration de la capacité à 50% n'est qu'une hypothèse non vérifiée par l'expert, ce dernier relevant de plus une composante dépressive sans exagération de l'assurée, étant relevé que cette affection ne favorise en général pas une amélioration sur le plan des insomnies et de la fatigue. Surtout, l'expert n'a absolument pas affirmé que les horaires devaient être souples seulement si l'activité s'exerçait à 50%, cette souplesse étant également exigée pour un emploi à 20% ou à 30%. C'est sur cette base que le SMR a retenu à juste titre une capacité de travail de 25% dans toute activité, sans prétendre que cette capacité serait de 50% dans une activité calme. C'est donc à tort que le service de réadaptation retient que pour un travail dans le nettoyage de 2 heures par jour, les horaires pourraient être fixes. b) Il est donc établi que la capacité de travail de l'assurée est de l'ordre de 25%, d'environ 2 à 3 heures par jour, avec les limites décrites. Il ne peut être retenu, à l'instar de la jurisprudence citée, que les limitations de l'assurée sont compatibles avec la plupart des activités non qualifiées qui fondent les salaires des ESS, car toute activité en usine, même légère physiquement, implique bruit et stress (cadence et rendement) ainsi que des horaires fixes, de surcroît généralement au minimum à 50%. L'activité de garde d'enfants entre 11h30 et 13h30 (maman de

A/3503/2011 - 19/21 - jour) n'est certainement ni une activité calme et à l'abri du bruit, ni une activité qui permet de fixer librement ses horaires. Celle de nettoyeuse de bureau est certes légèrement moins stressante que dans un hôtel, tout en restant bruyante et il est exact qu'il est possible de conclure un contrat de travail pour une activité de 2 à 3 heures par jour. Il est cependant exclu que la travailleuse ait la faculté de varier ses horaires, en fonction de son état d'épuisement du moment, tant il est vrai que les nettoyages de bureau se font en équipes, le matin tôt ou après 18h, sans possibilité de modification d'horaire de dernière minute. On peut au demeurant douter qu'une telle activité soit adaptée à l'état de fatigue de l'assurée eu égard à l'importance des empêchements ménagers retenus par l'enquêtrice, alors même que l'assurée n'exerçait alors pas d'activité lucrative. Compte tenu de la capacité très restreinte en heures, de l'exigence de calme et d'un horaire souple, seule une activité de haut niveau, impliquant une formation ou des aptitudes très spécifiques, qui ne correspondent pas au profil de l'assurée, est envisageable (artiste, chercheuse, informaticienne, etc.). Ainsi,

l'activité exigible ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe en réalité pas sur le marché du travail, aucun employeur potentiel ne consentirait objectivement à engager une employée de nettoyage sans horaire fixe, car cela exige de lui des concessions irréalistes, de sorte qu'il est exclu de trouver un emploi correspondant, sauf dans le cadre d'un atelier protégé suggéré par le service de réadaptation si l'activité est limitée à 25%, ce qui ne correspond pas au marché du travail général, au sens de la jurisprudence. c) le taux d'invalidité de l'assurée peut donc être déterminé ainsi: - dès le 1er décembre 2006: Activité

part

perte/empêchements degré Professionnelle 50%

100%

50% Travaux habituels 50%

31%

16% Total

66% Ce taux d'invalidité ouvre le droit à un trois-quart de rente dès le 1er décembre 2006. Il est vraisemblable que l'assurée aurait repris une activité à 100% dès la modification de sa situation financière eu égard à sa situation matrimoniale, ce qui ouvrirait alors le droit à une rente entière, le statut de l'assurée étant dans ce cas entièrement actif, mais cette question excède l'objet du litige et il appartient le cas échéant à l'assurée de déposer une demande de révision de ce fait.

E. 12

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 6 octobre 2011 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens, eu égard au nombre d'écritures et d'audiences (art. 61 let. g LPGA). Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la

A/3503/2011 - 20/21 - procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 fr.

A/3503/2011 - 21/21 - 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.