

# **GE\_GERICHTE ATAS/833/2014 vom 30. Juni 2014**

GE Cour de justice, 2014-06-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_833\\_2014](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_833_2014)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/833/2014 du 30 juin 2014

IT: GE\_GERICHTE ATAS/833/2014 del 30 giugno 2014

## **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 343 consid. 3).

### **E. 3**

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, 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 2011, et, après le 1er janvier 2012, 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. 4.2**

et 123 V 233 consid. 3c ainsi que 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 (ATFA non publiés I 308/04 et I 309/04 du 14 janvier 2005, ATFA non publié I 681/02 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 (ATFA non publié I 257/04 du 17 mars 2005, consid. 5.4.4).

#### **E. 5**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité, singulièrement sur son statut, ses empêchements ménagers et l'amélioration de son état de santé après le 31 décembre 2011.

A/3445/2013 - 11/18 -

#### **E. 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 (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). 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 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

A/3445/2013 - 12/18 - 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).

## **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). 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. 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

A/3445/2013 - 13/18 - 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). En présence de troubles d'ordre psychique, 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 (VSI 2004 p. 137 consid. 5.3 déjà cité). c. Pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid.

## **E. 9**

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).

A/3445/2013 - 14/18 - 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 LPG), 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). 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.).

#### **E. 10**

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

A/3445/2013 - 15/18 - 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. 11**

En l'espèce, il convient d'abord d'établir le statut de l'assurée. Elle a toujours travaillé à temps très partiel selon son CI, sauf durant l'été 2007, où elle a travaillé deux mois à plein temps dans un EMS. Elle a d'abord allégué que, sans atteinte à la santé, elle aurait augmenté son taux d'activité en 2009, lorsque sa fille cadette a eu 10 ans, puis a indiqué en audience qu'elle aurait souhaité travailler à 50% dès que son statut de requérante d'asile a été régularisé, soit dès 2002. Or, l'assurée ne produit aucune pièce démontrant qu'elle a effectivement cherché à travailler à 50%. S'il est notoire que les entreprises de nettoyage rechignent à accorder un poste à plein temps, en raison de la différence de catégorie salariale, il s'avère que l'assurée était au bénéfice de contrats de travail "catégorie 5", dans laquelle le salaire reste valable jusqu'à vingt-deux heures par semaine, de sorte qu'il n'est pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée ait demandé sans succès à ses employeurs d'augmenter son activité de quinze heures à vingt-deux heures par semaine. A cet égard, le fait que l'OCE ait retenu un taux d'activité de 50% lors de l'inscription en 2008 n'est pas seul déterminant, car ce taux correspond à l'emploi que l'assurée brigait à l'issue de l'emploi dans un EMS durant l'été 2007. Il s'avère par contre

que, contrairement à ses affirmations initiales, l'assurée effectuait des ménages chez des particuliers, en sus de son emploi en entreprise. Il est ainsi établi qu'elle a régulièrement travaillé trois heures par semaine chez Madame E\_\_\_\_\_ de 2008 à 2011. L'assurée ayant affirmé ne pas avoir eu d'autres employeurs, seul un taux d'activité professionnelle de 39,48% peut être admis [3 h. + 14,37 h (moyenne entre 13,75 heures - O\_\_\_\_\_ et 15heures - F\_\_\_\_\_)/ 44 heures (horaire pour un 100%)].

## E. 12

Il convient ensuite d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. Si ce dernier se fonde en effet sur un entretien, des tests psychométriques et le dossier de l'assurée, il comporte des erreurs dans l'anamnèse et ses conclusions ne sont pas convaincantes. Certaines imprécisions sont sans conséquence sur l'examen du cas, mais dénotent d'un manque de rigueur : l'assurée n'a pas travaillé chez N\_\_\_\_\_, il s'agit-là de la personne qui a rempli le rapport d'employeur pour l'entreprise O\_\_\_\_\_. Les dates des rapports médicaux des HUG et les noms des médecins signataires sont imprécis. Certains éléments de l'anamnèse, obligatoirement fondée sur les déclarations de l'assurée, sont totalement contredits par les affirmations de cette dernière. L'expert retient ainsi qu'elle aurait de nombreux amis et connaissances, qu'elle parviendrait désormais à tenir tête à son époux et qu'elle s'occuperait seule de ses tâches ménagères. S'agissant de l'examen des autres rapports médicaux, l'expert se fourvoie en indiquant que les Drs H\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ seraient spécialistes en médecine interne, alors qu'ils sont psychiatres, mais médecins internes aux HUG. Ecartant d'un revers de la main les résultats des tests psychométriques qu'il fait passer à l'assurée, l'expert retient le diagnostic de trouble dépressif de gravité légère, sur la

A/3445/2013 - 16/18 - base d'un seul entretien, et sans discussion avec les psychiatres traitants. S'agissant de la capacité de travail, l'expert retient logiquement qu'elle est entière puisqu'il diagnostique uniquement une dépression légère, mais il n'explique pas comment il est imaginable qu'une assurée atteinte dans sa santé psychique au point d'être totalement incapable de travailler du 29 décembre 2009 au 31 décembre 2011 serait, brusquement, d'un jour à l'autre, totalement capable de travailler dès le 1er janvier 2012. En conclusion, l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas probante. Cela étant, on ne peut pas non plus se fonder sur les rapports des psychiatres traitants de l'assurée, tant aux HUG que dans le privé. En effet, l'ensemble des psychiatres retient l'existence d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen et d'un trouble de la personnalité dépendante. Aucun des rapports médicaux ne fait état d'une aggravation ou d'une amélioration notable de l'état dépressif. Au surplus, après l'hospitalisation du 26 août au 9 octobre 2008, l'assurée a repris son travail sans absence jusqu'à septembre 2009. Or, sous traitement, un état dépressif d'intensité moyenne n'implique en tout cas pas une totale incapacité de travail. Il s'avère au surplus que l'assurée a continué à travailler trois heures par semaine chez Mme E\_\_\_\_\_, régulièrement, jusqu'à fin 2011. Ainsi, s'il est incontestable que les symptômes décrits par les psychiatres traitants de l'assurée impliquent éventuellement une réduction de la capacité de travail, voire une baisse de rendement, les conclusions des médecins-traitants, qui retiennent une totale incapacité de travail, sans changement depuis septembre 2009, ne sont pas convaincantes. Bien que les médecins des HUG retiennent une amélioration dès octobre 2008, après le tentamen, grâce au traitement régulier mis en place, et pronostiquent une réduction des limitations psychiques fin 2010, ils ne modifient pas le taux d'incapacité depuis septembre 2009. Tant en 2011 qu'en 2012, l'état dépressif est d'intensité moyenne et

sans évolution selon les HUG. La Dresse M\_\_\_\_\_ partage ce point de vue pour la période postérieure à janvier 2013. Sur la base de ces rapports médicaux, la conclusion d'une totale incapacité de travail n'est pas convaincante et paraît essentiellement fondée sur des éléments subjectifs. De même, le fait que les filles de l'assurée fassent le ménage à sa place n'est pas la démonstration de son incapacité à le faire. Bien que la situation médicale de l'assurée et sa capacité de travail ne soient pas clairement établis, la Cour de céans n'ordonnera pas d'expertise médicale pour les motifs qui suivent.

#### **E. 13**

Le statut de l'assurée est de 39,48% professionnel et de 60,2% ménager. On a vu que l'assurée n'avait jamais été totalement incapable de travailler, même entre septembre 2009 et décembre 2011, puisqu'elle a travaillé trois heures par semaine sur un total moyen de quatorze heures trente-sept. Le fait qu'elle soit en mesure de faire régulièrement, à heures fixes et sans absence, trois heures de ménage professionnel par semaine démontre qu'elle est aussi capable de faire en majeure partie ses propres tâches ménagères, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une

A/3445/2013 - 17/18 - enquête ménagère. A cet égard, le grief de l'assurée, selon lequel les empêchements ménagers doivent être considérés comme très importants si l'assurée, travaillant comme employée d'entretien, est en totale incapacité de travail. En effet, l'exigence de rendement dans un travail salarié n'est pas comparable aux activités ménagères qu'une assurée peut faire à son rythme, chez elle, en fractionnant les tâches. Au surplus, en application de la jurisprudence, il est exigible du mari de l'assurée et des trois filles qui vivent à domicile qu'ils s'occupent de faire les courses, des travaux lourds et du ménage de leurs chambres, de même que, les jours où l'assurée se sent moins bien que d'autres, qu'il la suppléent pour la préparation des repas et la vaisselle. C'est donc à juste titre que l'OAI n'a pas retenu d'empêchement ménager. Ainsi, en admettant même que, de 2009 à fin 2011, l'assurée ait été incapable de travailler à 80%, le taux d'invalidité global n'atteindrait pas 40%, après comparaisons des revenus, sur la base d'un statut mixte, de sorte qu'aucun droit à la rente n'est ouvert. Au-delà, l'assurée admet qu'elle dispose à nouveau d'une capacité de travail de 20% à 30% et qu'elle cherche du travail à ce taux. L'assurée ne prétend pas à juste titre à des mesures professionnelles, qui ne se justifient au demeurant pas, l'assurée ayant une capacité de travail identique dans son activité habituelle comme dans toute autre activité simple et répétitive. En conséquence, la décision de refus de prestation de l'OAI est conforme au droit.

#### **E. 14**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté et la décision du 2 mai 2013 sera confirmée. Malgré le fait que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), et qu'au vu du sort du recours, il y aurait lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-, la Cour y renoncera, l'assurée plaidant au bénéfice de l'assistance juridique.

A/3445/2013 - 18/18 - 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.