

GE_GERICHTE A/1833/2011 vom 1. November 2012

GE Cour de justice, 2012-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1833_2011

FR: GE_GERICHTE A/1833/2011 du 1 novembre 2012

IT: GE_GERICHTE A/1833/2011 del 1 novembre 2012

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame C_____, domiciliée à Onex, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître OCHSNER Pierre recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, 1201 Genève intimé EN FAIT 1. Madame C_____ (ci-après : l'assurée), née en 1955, employée de commerce, a travaillé à compter du 1 er mai 1996, comme collaboratrice au service logistique de X_____ à un taux de 26,19 %. En 2001, elle s'est vu proposer par son employeur une fonction supplémentaire dans le secteur du tri des grands formats, qu'elle a acceptée.![endif]>![if> 2. A compter du 28 février 2002, l'assurée a été en arrêt de travail.![endif]>![if> 3. Invoquant des douleurs dans les membres inférieurs et le bas du dos, une impossibilité à utiliser normalement son épaule droite, une fatigue, une insuffisance thyroïdienne, des maux de tête, des vertiges, des nausées et des tremblements, l'assurée a déposé en date du 12 juillet 2004 une première demande de prestations auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 11 mai 2005, confirmée sur opposition le 10 août 2005.![endif]>![if> 4. En août et septembre 2005, le Dr L_____ retenait les diagnostics suivants : obésité, anémie, hypothyroïdie substituée, varices, périarthrite scapulohumérale (PSH) droite, état anxio-dépressif, hallux valgus et statut après cholécystectomie. Il décrivait un mauvais état général, précisait que l'assurée était dépressive face à son état et depuis la mort accidentelle de son mari, en avril 2004, et soulignait les problèmes de surcharge pondérale de sa patiente et leurs conséquences sur les articulations et l'importance des limitations fonctionnelles de son épaule droite.![endif]>![if> 5. Le 6 octobre 2006, l'assurée a déposé par le biais de son conseil une nouvelle demande à l'appui de laquelle elle a produit par la suite un certificat médical établi le 6 novembre 2006 par son nouveau médecin-traitant, la Dresse M_____. Ce médecin mentionnait un état dépressif majeur, des douleurs multiples au niveau des cervicales, des lombaires et des épaules, un état de faiblesse généralisé, des migraines fréquentes et des insomnies. Les radiographies montraient une discopathie sévère C5-C6, plus modérée en C3-C4 et C4-C5, une discopathie dégénérative en L3-L4, L4-L5 et L5-S1 et une tendinopathie chronique du tendon sus-épineux droit. S'y ajoutait un grave déficit en vitamine D, découvert en août 2006 (ostéomalacie) ; une substitution énergétique en calcium et vitamine D avait été entreprise, dont le médecin doutait qu'elle suffise à améliorer la situation. Quant à l'état dépressif, il restait important, malgré un traitement de fond à doses efficaces et sur une longue période. Le médecin concluait à une incapacité « évidente » de travail.![endif]>![if> 6. Interrogée par l'OAI, la Dresse M_____ a conclu en date du 11 décembre 2006 à une anémie, à un déficit en vitamine D, à un état dépressif chronique et à des troubles dégénératifs diffus. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une hypothyroïdie, un status

post-éventration et une hypertension artérielle. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 28 février 2002.![endif]>![if> 7. Par courrier du 15 janvier 2007, le médecin traitant a encore précisé en quoi consistait le traitement de sa patiente (médicaments, physiothérapie en piscine et à sec et drainages lymphatiques). Il a également produit un rapport émis le 29 août 2006 par le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, concluant essentiellement à un syndrome douloureux diffus chronique de type fibromyalgie, évoluant dans un contexte d'état dépressif sévère et chronique. Le Dr N_____ y soulignait que les différents problèmes rhumatologiques et psychiatriques de l'assurée conduisaient de façon évidente à une diminution de sa capacité de travail et confirmait ses difficultés à assumer ses activités ménagères.![endif]>![if> 8. Le 14 novembre 2007, l'assurée a fait l'objet d'un examen clinique rhumato-psychiatrique par les Drs O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, tous deux médecins auprès du service médical régional AI (SMR). ![endif]>![if> Il ressort de leur rapport que l'assurée a subi plusieurs interventions : un by-pass en 1999 pour obésité morbide, une cure d'éventration en 2003, une cure de varices du membre inférieur gauche en 2005-2006 Les médecins ont relaté que l'assurée se plaignait de douleurs, de fatigue, de troubles de la concentration et d'intolérance au bruit. Ils ont retenu les diagnostics suivants : cervicalgies et lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec anomalie transitionnelle lombo-sacrée, périarthrite scapulo-humérale et syndrome rotulien bilatéral avec kyste poplité et déchirure de l'ancrage médian de la corne postérieure du ménisque interne. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une fibromyalgie, un status après ostéomalacie, une obésité dans le cadre d'un status après by-pass gastrique, une hypothyroïdie substituée, des troubles statiques des pieds, une hypertension artérielle traitée et une dépression anxieuse persistante. Au vu des diagnostics retenus, les experts ont admis une totale incapacité de travail dans l'activité précédemment exercée. En revanche, ils ont considéré que l'assurée avait toujours conservé la capacité d'exercer à plein temps et sans diminution de rendement une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles c'est-à-dire qui lui permette d'alterner les positions assise et debout deux fois par heure, d'éviter le soulèvement régulier de charges de plus de 5 kg, le port régulier de charges de plus de 12 kg, le travail en porte-à-faux statique et prolongé du tronc, les positions fléchies de la tête prolongées, les mouvements répétitifs de la nuque, l'élévation ou l'abduction de l'épaule droite à plus de 60°, les genuflexions répétées ou le franchissement régulier d'escabeaux et d'échelles ou d'escaliers. Sur le plan psychiatrique, aucune limitation n'a été retenue. En effet, si les experts ont notamment observé une réduction de l'énergie entraînant une fatigue importante, ils ont constaté que les critères de la CIM-10 pour conclure à un épisode dépressif majeur n'étaient pas remplis. Ils ont conclu à une dépression chronique de l'humeur de sévérité insuffisante pour se voir qualifier de trouble dépressif récurrent léger ou moyen, correspondant à une dysthymie. Les experts ont expliqué que l'assurée, en dépit de sa fatigue, de ses troubles du sommeil et d'une certaine perte de confiance en elle, restait capable de faire face aux exigences élémentaires de la vie quotidienne, de poursuivre notamment un travail de bénévolat, de s'occuper de son chien, de garder parfois celui de sa fille et de donner un soutien régulier à cette dernière concernant la gestion de l'entreprise familiale. 9. Une enquête économique sur le ménage a été effectuée le 17 juillet 2008, qui a conclu à un empêchement de 18 %. ![endif]>![if> 10. Le 19 janvier 2009, le Dr Q_____ a rendu un rapport médical faisant mention des diagnostics suivants : un syndrome somatoforme douloureux, des cervicalgies, des

lombalgies, une probable gonarthrose bilatérale, une insuffisance veineuse, un hallux valgus, une hypothyroïdie et un état dépressif larvé.!

11. L'assurée a fait l'objet d'une observation professionnelle auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI), qui ont conclu, en date du 8 mai 2009 qu'elle possédait des capacités et des compétences pour réintégrer à plein temps et à plein rendement le marché économique usuel dans le secteur tertiaire, soit comme secrétaire réceptionniste ou commise administrative, à condition que l'activité envisagée lui permette un alternance des positions.

12. L'OAI a alors pris en charge une formation bureautique puis, par décision du 6 août 2009, a mis l'assurée au bénéfice d'un reclassement professionnel (formation de secrétaire-réceptionniste avec comptabilité). La durée du reclassement a été dépassée de cinq mois mais l'assurée n'est pas parvenue à obtenir son diplôme.

13. Dans un rapport du 13 septembre 2010, le médecin traitant fait état d'une aggravation de l'état de sa patiente depuis 2008. Il a émis l'avis que sa capacité de travail était négligeable.

14. Le SMR, a relevé qu'aucun élément médical nouveau n'était évoqué, puisque les affections ostéo-articulaires mentionnées étaient les mêmes que précédemment.

15. Le dossier de l'assurée a alors une nouvelle fois été soumis à la division de réadaptation professionnelle, qui a conclu à un degré d'invalidité de 36 % dans la sphère lucrative.

La division réadaptation professionnelle, après avoir réclamé des éclaircissements au dernier employeur de l'assurée, a constaté que le salaire de celle-ci s'était élevé à 12'784 fr. en 2001 pour une activité de 11 h./sem. - correspondant à un taux d'activité de 26,19 %. Des décomptes de salaire détaillés, il ressortait que l'assurée avait en outre effectué de nombreuses heures supplémentaires en 2001, qui avaient finalement augmenté son revenu à 27'950 fr. Estimant que le taux d'activité ne pouvait être clairement établi pour l'année 2001 et vu que les heures supplémentaires n'avaient pas été effectuées « sur la durée », la division de réadaptation professionnelle s'est basée sur l'année 2000 (17'724 fr. = 18'126 fr. pour 2002 après indexation), dont le revenu était comparable à celui obtenu les années précédentes, de 1996 à 1999. Elle y a rajouté le revenu de l'activité accessoire de l'assurée (inventaires Y _____ ; 2'390 fr. en 2001 = 2'444 fr. en 2002), et celui obtenu en tant que maman de jour, soit 30'000 fr., arrivant ainsi à un revenu avant invalidité de 50'570 fr. (cf. pce 156 intimé). Elle a ensuite comparé ce montant à celui qu'aurait pu obtenir l'assurée en 2002, malgré l'atteinte à sa santé, dans une activité adaptée exercée à 80%, soit 32'496 fr. en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 15% (3'820 fr. pour 40 h./sem. selon l'Enquête sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) 2002 TA1, niveau 4 = 3'982 fr. pour 41,7 h./sem. = 47'788 fr. à 100% = 38'231 fr. à 80 % = 32'496 fr. après réduction supplémentaire de 15 %) et a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 35,7 % arrondi à 36 %. Le degré d'invalidité global en résultant était de 32 % ([36 % de 80 % = 28,8 %] + [18 % de 20 % = 3,6 %]).

16. Par décision du 10 mai 2011, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Se référant à l'examen rhumato-psychiatrique du 14 novembre 2007, l'OAI a considéré que l'assurée conservait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant strictement ses limitations fonctionnelles. S'agissant de la sphère ménagère, l'OAI s'en est remis aux conclusions de l'enquête économique et a conclu à un empêchement de 18 %. L'OAI en a tiré la conclusion que l'assurée serait capable de continuer à exercer une activité à 80 %, les 20 % restants correspondant à ses travaux habituels. Il a été conforté dans cette opinion par le rapport de réadaptation professionnelle des EPI.

17. Par écriture du 10 juin 2011, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à compter

du 18 avril 2007.![endif]>![if> La recourante conteste en premier lieu le montant retenu à titre de revenu sans invalidité, alléguant que ce dernier devrait être fixé à 60'495 fr. et non à 50'750 fr. (27'950 [revenu X_____ en 2001] + 2'545 [activité auxiliaire chez Y_____ ; moyenne 2000-2001] + 30'000 [revenu obtenu en tant que maman de jour]). La recourante conteste être capable de travailler. Elle souligne souffrir toujours de problèmes de poids, d'une anémie significative, d'une dépression et relève que les mesures de réadaptation professionnelle qui lui ont été proposées se sont avérées vaines. 18. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 12 juillet 2011, a conclu au rejet du recours. ![endif]>![if> S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, l'intimé se réfère au rapport rhumato-psychiatrique du 14 novembre 2007 - dont il allègue qu'il doit se voir reconnaître pleine valeur probante - et au résultat des mesures de réadaptation professionnelle. Quant au revenu avant invalidité, l'intimé soutient qu'il n'est pas possible de retenir au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence que l'assurée a augmenté son taux de travail, vu le caractère aléatoire du nombre d'heures supplémentaires accomplies. 19. Une audience s'est tenue en date du 15 septembre 2011, au cours de laquelle a été entendu Monsieur D_____, responsable du personnel de X_____, qui a indiqué à la Cour de céans que Monsieur E_____ serait mieux à même de répondre à ses questions s'agissant du taux d'occupation de la recourante.![endif]>![if> 20. Interrogé par la Cour de céans, Monsieur E_____, responsable des ressources humaines chez X_____, a confirmé par courrier du 30 septembre 2011 qu'un montant brut de 7'678 fr. 30 - équivalent à 312 heures complémentaires - a été versé à l'assurée pour l'année l'année 2001. Il a expliqué que le taux d'occupation de l'intéressée est resté inchangé selon son contrat de travail (26,19 %, soit 11 hl./sem.) ; les heures complémentaires ont été effectuées dans le cadre de la seconde activité proposée à l'assurée dans le secteur du tri des grands formats. ![endif]>![if> 21. Par écriture du 12 décembre 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions.![endif]>![if> Elle soutient que son taux d'activité peut être fixé avec précision pour l'année 2001 puisque le nombre d'heures supplémentaires a été établi et ajoute que celles-ci ont été effectuées « sur la durée ». Pour le reste, la recourante a persisté à réclamer l'audition du Dr Q_____ qui, bien que convoqué à de multiples reprises, avait toujours fait défaut. 22. Dès lors, la recourante a été invitée à faire parvenir à la Cour les questions qu'elle souhaitait voir poser à ce médecin. ![endif]>![if> 23. Celui-ci y a finalement répondu par courrier du 28 février 2012. ![endif]>![if> Il a indiqué confirmer son rapport du 13 septembre 2010 et son courrier du 9 juin 2011. Le médecin a également confirmé la persistance et l'aggravation des cervicobrachialgies et lombalgies de sa patiente, précisant que les consultations avaient eu lieu à raison de deux fois par mois en 2008, d'une fois par mois en 2009, d'une fois tous les deux mois en 2010 et d'une fois tous les trois mois en 2011. Le médecin a émis l'avis que sa patiente n'était pas en état de reprendre une activité professionnelle. 24. Par écriture du 3 avril 2012, l'OAI a persisté dans ses conclusions. ![endif]>![if> 25. Quant à la recourante, elle ne s'est pas manifestée dans le délai au 5 avril 2012 qui lui avait été accordé pour déposer ses dernières conclusions après enquêtes.![endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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).![endif]>![if> 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 de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable. 3. 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). La décision litigieuse ayant été rendue en mai 2011, le droit éventuel de l'assurée à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de la LPGA et des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) 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 LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA) est également applicable. 4. Le litige porte uniquement sur le degré d'invalidité de la recourante, puisqu'il n'est pas contesté que son état s'est aggravé depuis 2006, date à laquelle l'intimé a rejeté la première demande de prestations de l'intéressée. Le statut de l'assurée n'est pas non plus contesté puisqu'elle a été reconnue active à 80%. Seuls restent donc litigieux l'évaluation de sa capacité de travail et le calcul de son degré d'invalidité, plus particulièrement le montant retenu à titre de revenu avant invalidité. 5. a) Il convient tout d'abord de se pencher sur la question de la capacité de travail de l'assurée. En effet, cette dernière conteste être capable de travailler compte tenu de ses problèmes de poids, d'anémie et de dépression. L'intimé la considère en revanche totalement apte à exercer une activité adaptée à ses limitations. b) 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 travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut être raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte de sa santé physique ou mentale. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), l'objet de l'assurance n'est donc pas l'atteinte à la santé en soi mais plutôt les conséquences économiques qui en découlent, soit l'incapacité de réaliser un gain par un travail exigible (ou d'accomplir les travaux habituels pour les non-actifs). La notion d'invalidité est ainsi une notion juridique, basée sur des éléments essentiellement économiques, qui ne se confond pas forcément avec le taux de l'incapacité fonctionnelle, tel que le détermine le médecin ; ce sont les conséquences économiques de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 105 V 207 ss.; 106 V 88 ; 110 V 275 ; RCC 1981 p. 124 consid. 1a). c) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % 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. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide

pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI). 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, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 à 70 %. d) 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 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 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 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.; MORGER, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in RSAS 32/1988 p. 332ss.). S'agissant 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. 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) S'agissant de la capacité de travail de la recourante, l'OAI s'est rallié aux conclusions de l'expertise conduite par les Drs O_____ et P_____, du SMR, qui ont conclu à une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ce que la recourante conteste, en invoquant l'avis de ses médecins traitants. Il convient tout d'abord de se prononcer sur la valeur à accorder à l'expertise du SMR. Celle-ci a été diligentée par deux spécialistes reconnus, sur la base d'un dossier complet. Elle tient compte des remarques et plaintes de l'assurée et relate de façon précise les constatations cliniques objectives des médecins. Les interactions entre les différentes pathologies, ainsi que les conséquences de celles-ci sur la capacité à effectuer certaines tâches (description des limitations fonctionnelles) sont claires. Il en va de même des explications relatives aux motifs ayant conduit les experts à ne retenir que le diagnostic de dysthymie. Les conclusions auxquelles aboutissent les examinateurs, motivées de façon étoffée, sont convaincantes. En de telles circonstances, la Cour céans considère que le rapport d'expertise a pleine valeur probante. Les avis des Drs M_____ et Q_____ ne sauraient mettre en doute les conclusions des experts. En effet, tous les diagnostics somatiques évoqués par la Dresse M_____ ont été pris en compte par les experts, qui ont expliqué de manière détaillée leurs répercussions sur la capacité de travail de l'assurée. Aucun élément objectif n'a ainsi été omis. Quant au Dr Q_____, il s'est contenté d'affirmer que sa patiente était dans l'incapacité de travailler sans motiver aucunement sa position, si ce n'est par la liste des diagnostics retenus, qui demeurent les mêmes que ceux retenus par les experts. Au contraire, il semble ressortir des explications du Dr Q_____ que, contrairement à ses allégations, l'état de sa patiente s'est amélioré puisque la fréquence des consultations a diminué entre 2008 et 2011. Enfin, les maîtres de stage des EPI sont également parvenus à la conclusion que l'assurée était capable d'exercer à plein temps et plein rendement sur le marché économique usuel tertiaire. On relèvera à cet égard que la recourante ne saurait tirer de conclusions pertinentes du fait qu'elle n'a pas obtenu le diplôme espéré à l'issue de la mesure de reclassement dont elle a bénéficié puisqu'il n'est pas allégué que ce serait en raison de problèmes de santé. Il y a dès lors lieu de rejeter le recours sur ce point et d'admettre, avec les EPI et le SMR, que l'assurée dispose d'une pleine capacité à exercer une activité adaptée telle que décrite par les experts. 6. a) Il convient à présent de se pencher sur le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé, calcul contesté par la recourante, s'agissant plus particulièrement du revenu avant invalidité. b) 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 (art. 16 LPGA). 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; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: 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 de l'éventuel 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). Le revenu d'invalidité 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 était 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. Aux termes de l'art. 27bis RAI, lorsque l'assuré n'exerce une activité lucrative qu'à temps partiel, l'invalidité pour cette part est évaluée selon la méthode générale qui vient d'être décrite. Quant à l'invalidité dans la part réservée aux travaux habituels au sens de l'art. 8 al. 3 LPGA - on entend par là l'activité usuelle dans le ménage, l'éducation des enfants ainsi que l'engagement caritatif non rémunéré -, elle est évaluée selon l'art. 27 RAI. Il faut donc en premier lieu 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 la personne est affectée dans les deux domaines d'activité en question (méthode mixte d'évaluation de l'invalidité). On évaluera ainsi le degré d'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle par comparaison des revenus (art. 16 LPGA) ; on pourra alors déterminer l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activités. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est déterminée 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 pourcent entre ces deux valeurs. La part de l'autre travail habituel constitue le reste du pourcentage (ATF 104 V 136 = RCC 1979 p. 28 consid. 2a ; RCC 1980 p. 565 ; RCC 1992 p. 136 et VSI 1999 p. 231 et ss.). 7. En l'espèce, la recourante allègue que le revenu avant invalidité devrait être fixé non à 50'750 fr. (18'126 fr. [salaire 2001 de 17'724 fr. après indexation] +

2'444 fr. [salaire accessoire 2001 de 2'390 fr. après indexation] + 30'000 [revenu de maman de jour]) mais à 60'495 fr. (27'950 [revenu total obtenu chez X_____ en 2001] + 2'545 [activité auxiliaire chez Y_____ ; moyenne 2000-2001) + 30'000 [revenu de maman de jour]).!>[if> Estimant que le taux d'activité ne pouvait être clairement établi pour l'année 2001 et vu que les heures supplémentaires n'avaient pas été effectuées « sur la durée », la division de réadaptation professionnelle s'est basée sur le revenu réalisé en 2000. Dans sa réponse au recours, l'intimé a relevé que l'assurée n'a effectué des heures supplémentaires qu'à compter de juin 2001 et que leur nombre a sensiblement varié jusqu'en décembre 2001 (88,75 en juin, 46 en juillet, 26,5 en août, 10,25 en septembre, 39,75 en octobre, 36 en novembre et 64,75 en décembre), raison pour laquelle il a suggéré de se baser sur la moyenne des salaires réalisés entre 1997 et 2001, afin de pondérer les facteurs variables de la rétribution dans le temps et de refléter la situation concrète de l'assurée. Il apparaît à la Cour de céans que cette façon de procéder ne répondrait pas aux exigences de la loi et de la jurisprudence qui veulent que le revenu avant invalidité soit évalué de manière aussi concrète que possible. En l'occurrence, il n'est pas contesté qu'un changement est survenu durant l'année 2001, puisque l'employeur de l'assurée lui a proposé une fonction supplémentaire. Certes, il n'y a pas eu modification formelle du contrat de travail. Il n'en demeure pas moins que l'assurée a régulièrement effectué des heures supplémentaires de juin 2001 à février 2002, c'est-à-dire jusqu'à son arrêt de travail, de sorte que l'on peut sans autre conclure que si son état de santé le lui avait permis, elle aurait continué de la sorte. L'employeur n'a pas non plus allégué que cette possibilité était limitée dans le temps. Une moyenne se basant sur la période de 1997 à 2001 ne correspondrait donc en rien à la réalité. Reste que le nombre d'heures supplémentaires effectué entre juin 2001 et février 2002 a effectivement varié (de 10,25 à 88 par mois). Il apparaît à la Cour nécessaire de se baser sur le revenu concrètement réalisé en 2001 par la recourante, puisque cela démontre le salaire qu'elle était capable d'obtenir lorsque son état de santé le lui permettait. C'est donc le montant tel que ressortant du rassemblement des comptes individuels AVS qui doit être pris en considération, à savoir 27'950 fr., ce qui, indexé, correspond à un montant de 28'450 fr. pour 2002 après indexation. Si l'on y ajoute 2'444 fr. de revenu accessoire (revenu 2001 [2'390 fr.] après indexation) et 30'000 fr. de revenu en tant que maman de jour, on obtient un revenu avant invalidité de 60'894 fr. qui, comparé à celui de 32'496 fr. qu'aurait pu obtenir l'assurée en 2002 en exerçant une activité adaptée à 80% et compte tenu d'une réduction supplémentaire de 15%, conduit à un degré d'invalidité de 46,64% dans la sphère professionnelle. Le degré d'invalidité global en résultant s'élève à 40,91 % ([46,64 % de 80 % = 29,6 %] + [18 % de 20 % = 3,6 %]), ce qui ouvre à l'assurée le droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité à compter du 30 juillet 2010, date à laquelle les mesures de reclassement ont pris fin. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. 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.