

GE_GERICHTE A/2212/2015 vom 17. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2212_2015

FR: GE_GERICHTE A/2212/2015 du 17 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/2212/2015 del 17 febbraio 2016

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Sara GIARDINA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1968, naturalisée suisse en 2001, a suivi sa scolarité obligatoire en Ethiopie, sans avoir acquis une formation professionnelle. Arrivée en Suisse en 1985, l'assurée a travaillé à plein temps comme aide-cuisinière de 1986 à 1987, puis comme opératrice et manutentionnaire dans une fabrique de produits pharmaceutiques de 1987 à 1990, avant de connaître deux périodes de chômage. 2. Suite à son mariage en 1995, l'assurée est venue s'établir à Genève, où elle a exercé une activité lucrative dans le nettoyage, à temps partiel, en dernier lieu au sein de l'entreprise B_____ SA, à raison de 2 heures par jour, cinq jours par semaine. En 2013, elle a réalisé un gain annuel brut de CHF 9'771.-. 3. En arrêt de travail à 100% depuis le 13 mars 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en date du 20 août 2014, reçue par l'OAI le 8 septembre 2014. 4. Dans un rapport intermédiaire pour l'assurance indemnités journalières selon la LCA, daté du 28 août 2014, le docteur C_____ a diagnostiqué notamment une maladie de Crohn, une fatigue chronique et des troubles associés, douleurs, céphalées. Le médecin a attesté une incapacité de travail totale depuis le 13 mars 2014, en raison de la maladie et du stress engendré par la situation. Une reprise de travail n'était pas envisageable. 5. Le docteur D_____ spécialiste FMH en médecine interne, médecin de famille depuis le 27 mai 2012, a établi un rapport à l'attention de l'OAI le 22 septembre 2014. Il a diagnostiqué une maladie de Crohn sévère. Pour l'incapacité de travail, il s'est référé à l'avis du Dr C_____. 6. Dans son rapport du 27 septembre 2014 à l'attention de l'OAI, le Dr C_____ a indiqué qu'il suivait la patiente depuis 1992. Il a notamment diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, une maladie de Crohn, depuis 1992, un status après iléo-caeectomie en octobre 2012, un défaut de vitamine B12 et une malabsorption de sels biliaires. La patiente suit un traitement immunosuppresseur lourd et souffre de troubles dépressifs et d'un état dépressivo-anxieux réactionnel. La dernière hospitalisation a eu lieu en 2012 pour iléo-caeectomie. L'incapacité de travail est de 100% depuis le 13 mars 2014, pour une durée indéterminée. L'assurée travaille effectivement 6 heures par jour pour effectuer un travail qui demande 2 heures par jour, activité qui n'est plus exigible. 7. Selon le dossier de l'assureur-maladie perte de gain, l'assurée a bénéficié d'indemnités pour une incapacité de travail totale du 12 octobre 2012 au 3 février 2013, puis à nouveau dès le 13 mars 2014. 8. Dans un avis du 5 décembre 2014, le médecin du SMR a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre l'instruction médicale cette année, car malgré le pronostic

réservé, il pourrait y avoir une amélioration, mais seulement dans un an et demi. Par conséquent, en cas d'octroi de prestations, il préconisait une révision après un an du délai de carence.![endif]>![if> 9. Par communication du 5 février 2015, l'OAI a informé l'assurée que des mesures de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement pas indiquées. ![endif]>![if> 10. L'OAI a effectué une enquête économique sur le ménage au domicile de l'assurée le 10 mars 2015, en présence du mari. L'enquêtrice a relevé que l'assurée avait travaillé à plein temps jusqu'à son mariage, puis à temps partiel depuis 1995, dans le nettoyage. Depuis 2004, l'assurée travaillait 2 heures par jour pour B_____ SA, ce qui représentait un taux d'activité de 23,25 % étant donné que l'horaire habituel de l'entreprise était de 43 heures par semaine. En 2008, elle avait trouvé un second emploi en parallèle, pour des raisons financières, et accomplissait 2 heures supplémentaire par jour, dans le nettoyage des bureaux de la banque Lombard Odier, le matin de 6 h à 8 h. Les deux emplois se révélant trop fatigants en raison de la maladie, elle abandonne son second emploi en 2010. L'entreprise B_____ SA avait mis un terme à son contrat de travail le 13 mars 2014. Selon l'assurée, sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100% dans le domaine du nettoyage, mais sa maladie s'aggravant peu à peu, cela l'avait empêchée de reprendre une activité à 100%. Elle avait trouvé un deuxième emploi de nettoyeuse en 2008, pour des raisons financières, mais elle avait dû l'abandonner. Elle n'avait pas d'enfants et son époux travaillait comme steward dans les wagons restaurants pour un salaire mensuel de CHF 4'600.-. L'enquêtrice a retenu un empêchement pondéré dans la sphère ménagère de 17,40 % et une exigibilité de 22% de la part du mari. ![endif]>![if> Compte tenu d'un empêchement de 100 % dans la part professionnelle de 23,25 %, le degré d'invalidité s'élevait à 23,25%. Dans les travaux habituels qui représentaient une part de 76.75%, l'empêchement était de 17,40 % et le degré d'invalidité de 13,35 %. En définitive, le degré d'invalidité global était de 36,60 %. 11. Par projet du 20 mars 2015, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de rente était rejetée, le degré d'invalidité de 36,60 % étant insuffisant. ![endif]>![if> 12. Par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a contesté ce projet. ![endif]>![if> 13. Le 21 avril 2015, le Dr C_____ a adressé un rapport à l'OAI, précisant que sa patiente souffre d'une maladie de Crohn ainsi que des suites d'une intervention chirurgicale avec iléo-caeectomie, et qu'elle subit un traitement lourd avec immuno-suppresseurs. Suite à son opération, elle présente des diarrhées chroniques sur malabsorption des sels biliaires. Le médecin traitant ajoute que l'assurée a choisi de son propre chef de réduire son activité professionnelle plutôt que de demander l'AI et a travaillé à 25 %, mais en consacrant plus de 50%, voire 75% de son temps à cette activité, élément dont il convenait de tenir compte. ![endif]>![if> 14. Par décision du 22 mai 2015, l'OAI rejeté la demande de rente, confirmant retenir un statut mixte, dès lors qu'au moment de l'atteinte à la santé, en mars 2014, l'assurée travaillait à 23.25% et qu'elle avait toujours travaillé à temps partiel depuis son mariage, pour des raisons personnelles. ![endif]>![if> 15. Représentée par son mandataire, l'assurée interjette recours par acte du 26 juin 2015. Elle conteste le statut mixte retenu par l'intimé pour évaluer son invalidité, motif pris qu'elle a travaillé comme aide-cuisinière, opératrice et manutentionnaire dans une fabrique à 100% jusqu'en 1990 avant de se retrouver au chômage en 1992. Elle souffre de la maladie de Crohn depuis 1992 et, pour des raisons financières elle avait augmenté son taux de travail en 2008, avant de le réduire pour raison de santé. Son médecin a précisé qu'elle avait choisi de réduire son activité plutôt que de demander l'AI. La recourante fait valoir que le moment déterminant pour fixer ce qu'elle aurait pu gagner si elle avait été en bonne santé doit être placé avant la déclaration de sa maladie en 1992. Or, son taux d'activité était de

100%. L'intimé a de surcroît ignoré le fait qu'elle avait travaillé à 50 % de 2008 à 2010, avant de devoir à nouveau réduire son activité. Quant au revenu de l'année 2013 retenu par l'intimé, la recourante relève qu'elle avait été en incapacité de travail d'octobre 2012 à février 2013. Or, en 2011, elle avait réalisé un salaire annuel de CHF 13'557.75, ce qui représente déjà un taux de 33 %. Pour le surplus, elle remet en cause les empêchements retenus par l'enquête ménagère, rappelant que l'incapacité de travail est déjà de 100 % dans l'activité de nettoyage. Elle conclut à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. !endif]>![if> 16. Dans sa réponse du 17 août 2015, l'intimé conclut au rejet du recours. Concernant le statut, l'intimé relève en substance qu'il a tenu compte de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment de la décision. Or, selon le dossier, l'atteinte à la santé n'entraîne une incapacité de travail objective que dès le mois d'avril 2014, la recourante travaillait alors 2 heures par jour, soit 10 heures par semaine et elle a déposé une demande de prestations qu'en septembre 2014. Il convient ainsi d'admettre au degré de vraisemblance prépondérante que si l'atteinte à la santé n'était pas survenue, la recourante aurait continué son activité à 23.25 %, consacrant le reste de son temps au ménage. Quant à l'enquête ménagère, elle revêt toute valeur probante. Compte tenu d'un empêchement de 30 % dans le ménage et de l'exigibilité du mari à raison de 25 %, l'intimé considère que ce taux tient compte dans une mesure appropriée du handicap de la recourante eu égard à l'aide apportée par son mari. !endif]>![if> 17. Par réplique du 5 octobre 2015, la recourante fait grief à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de l'ensemble des circonstances pour déterminer son taux d'activité. En particulier, il a ignoré la réponse du Dr C _____, lequel a certifié qu'elle travaillait effectivement 6 heures par jour pour un travail effectif demandé de 2 heures. Elle expose avoir été autorisée par son employeur, suite à sa demande, à disposer de davantage de temps pour exécuter ses tâches. Elle persiste dans ses conclusions, à savoir que c'est bien un 50% d'activité au moins qu'il convient de retenir. !endif]>![if> 18. L'OAI, dans sa duplique du 22 octobre 2015, persiste dans ses conclusions. Il soutient que la recourante indique elle-même dans sa demande que l'atteinte à la santé existe depuis octobre 2012 et que l'incapacité de travail objective date du 13 mars 2014. Quant aux allégués relatifs à la durée effective du travail, ils ne sont pas confirmés par l'employeur. Pour l'intimé, la recourante a baissé son taux d'activité pour des raisons personnelles et sans atteinte à la santé, elle aurait continué à travailler au même taux. !endif]>![if> 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. !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 - E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 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. !endif]>![if> 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). 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1

er janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} 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; ATF 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 1^{er} 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10)).

5. Le litige porte sur le droit aux prestations de l'assurance-invalidité de la recourante, plus particulièrement sur le statut retenu par l'intimé et le calcul du degré d'invalidité.

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 (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 1^{er} janvier 2008).

A teneur de l'art. 4 al. 2 LAI, l'invalidité est réputée survenue dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b p. 9, ATF 126 V 157 consid. 3a p. 160, ATF 118 V 79 consid. 3a p. 82 et les références).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré a droit à une rente lorsque sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins. Aux fins du calcul de l'incapacité de travail moyenne au sens de cette disposition, on considère que le délai d'attente d'un an commence à courir au moment où l'on constate une diminution sensible de la capacité de travail. Un taux d'incapacité de 20 % est déjà considéré comme pertinent en ce sens (arrêt I 411/96 du 16 octobre 1997 consid. 3c, in VSI 1998 p. 126). 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. Conformément à l'art. 29 al. 1, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le début du versement de la rente (" Anspruchsbeginn ") ne peut toutefois avoir lieu au plus tôt qu'à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle la personne assurée a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'assuré. Exprimé de manière différente, la personne assurée n'a droit à l'intégralité des prestations que si elle a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. Si elle le fait plus tard, elle perd son droit pour chaque mois de retard (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants [AVS] et de l'assurance-invalidité [AI], n. 2187 ss p. 591). c) 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). 7. 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 priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).!> 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 137 V 334 consid. 3.2; ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146

consid. 2c ainsi que les références). 8. 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).

9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante souffre d'une affection entraînant une incapacité de travail totale dès le 13 mars 2014. Est litigieuse en revanche la question de savoir si l'atteinte à la santé a eu des répercussions sur la capacité de travail avant cette date, le cas échéant, depuis quand et dans quelle mesure. Enfin, le statut mixte retenu par l'intimé pour l'évaluation de l'invalidité est également contesté.

10. Concernant le statut, il ressort du rapport d'enquête économique sur le ménage que la recourante avait travaillé à plein temps de 1986 à 1990, comme aide-cuisinière, puis comme opératrice et manutentionnaire dans une fabrique de produits pharmaceutiques et qu'elle a connu deux périodes de chômage, en 1991 et 1994. La recourante a déclaré à l'enquêtrice que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à 100 %, mais que la maladie - diagnostiquée en 1992 - s'aggravant peu à peu, cela l'avait empêchée de reprendre un travail à 100% par la suite. De 1995 à 2000, elle a travaillé dans le nettoyage, à temps partiel et depuis février 2004, elle effectuait deux heures par jour pour l'entreprise B_____ SA. La recourante a expliqué à l'enquêtrice qu'en 2008, elle avait pris un second emploi dans le nettoyage pour des raisons financières, soit deux heures le matin du lundi au vendredi, activité qu'elle a dû abandonner en 2010, le cumul des deux emplois se révélant trop fatigant. Selon le relevé de ses comptes individuels, il apparaît que la recourante a travaillé à plein temps jusqu'en décembre 1991 avant d'être indemnisée par l'assurance-chômage jusqu'en juin 1992, puis à nouveau durant cinq mois en 1994. Depuis 1995, la recourante a exercé plusieurs activités à temps partiel.

Au vu de ce qui précède, l'argument de l'intimé selon lequel sans atteinte à la santé, la recourante aurait continué à exercer son activité à raison de deux heures par jour tombe à faux, puisque la recourante a bel et bien doublé son temps de travail entre 2008 et 2010, accomplissant alors 20 heures de travail par semaine, et qu'elle a dû renoncer à son deuxième emploi pour des raisons de santé, ce que son médecin traitant a d'ailleurs confirmé. La chambre de céans relève aussi que la recourante, mariée depuis 1995, n'a pas d'enfants, que le salaire de son mari est somme toute modeste pour un couple vivant à Genève, ce qui tend à corroborer encore ses premières déclarations selon lesquelles sans atteinte à la santé elle aurait travaillé à plein temps. Quant à l'argument selon lequel une incapacité de travail n'est médicalement confirmée que depuis le 13 mars 2014, il s'avère erroné et contredit par les pièces du dossier. En effet, il résulte des pièces du dossier de l'assureur que la recourante a subi une incapacité de travail totale du 12 octobre 2012 au 4 février 2013, période durant laquelle elle a bénéficié d'indemnités journalières de l'assureur maladie perte de gain. Au dossier ne figure pas non plus le rapport médical suite à l'intervention de 2012 et de ses suites. Selon le Dr C_____, sa patiente devait en réalité travailler six heures par jour pour accomplir le travail de deux heures. La recourante déclare avoir obtenu l'accord de son employeur pour pouvoir disposer de davantage de temps pour exécuter ses tâches. Enfin et surtout, la chambre de céans constate que les médecins n'ont pas été interrogés sur l'évolution de l'état

de santé, ni sur les conséquences de la maladie sur la capacité de travail de la recourante depuis 1992. En effet, la recourante a été en traitement chez le Dr C_____ depuis 1992 déjà, année où la maladie de Crohn a été diagnostiquée. Or, il importe de savoir si, à partir de quand et dans quelle mesure l'état de santé de la recourante a entraîné des répercussions sur sa capacité de travail, étant rappelé qu'une diminution de 20% est déjà considérée comme significative. En l'état actuel du dossier, la chambre de céans n'est pas en mesure de statuer définitivement sur le droit aux prestations de la recourante. Il incombera à l'intimé de compléter l'instruction, afin de connaître quelle a été l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 1992, l'impact sur sa capacité de travail et de déterminer si l'état de santé l'a empêchée de reprendre une activité à 100%, comme elle l'a affirmé d'emblée à l'enquêtrice. A cet égard, le dossier du chômage pourrait apporter des indices quant à sa disponibilité pour un travail à plein temps, étant rappelé également l'importance qu'il convient d'accorder aux premières déclarations de l'assurée. 11. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis. 12. La décision de l'intimé est annulée et la cause renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. 13. La recourante, représentée par une avocate, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 3'000.- (art. 61 let. g LPGA ; art 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03). 14. L'émolument, fixé à CHF 500.-, est mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69al. 1bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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