

GE_GERICHTE A/4466/2011 vom 9. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4466_2011

FR: GE_GERICHTE A/4466/2011 du 9 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE A/4466/2011 del 9 ottobre 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.10.2012
A/4466/2011

A/4466/2011 ATAS/1208/2012 du 09.10.2012 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/4466/2011
ATAS/1208/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 9
octobre 2012 2ème Chambre En la cause Madame M_____, domiciliée à
Confignon, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER
recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, case postale 2696, 1211 Genève 2 intimé EN FAIT
Madame M_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1958, a suivi une
école d'aide familiale dont elle a obtenu un certificat en 1979 et a travaillé en cette qualité
depuis lors. L'assurée, mariée en 1979, a eu trois enfants, nés en 1984, 1985 et 1990. Elle a
travaillé pour le Service catholique de 1979 à 1985 et a réduit son taux d'activité de 100% à
50% à la naissance de son premier enfant, puis interrompu son activité après la naissance du
deuxième enfant. Elle a repris auprès de l'association X_____ (X_____) de
1987 à 1990 et s'est à nouveau arrêtée à la naissance du troisième enfant. Elle a travaillé
ensuite pour la Fondation Y_____ (Y_____) dès septembre 1994
(X_____ devenant la Y_____) à 60%, à raison de 24 heures par semaine,
l'horaire à plein temps étant de 40 heures. En 2010, son salaire annuel aurait été de 52'516
fr. 75, soit 3'910 fr 70 + 129 fr. 05 d'indemnités x 13 mois. Depuis mai 2008, elle a une
activité accessoire d'aide familiale à 10% pour Chèques Service. L'assurée est séparée de
son époux depuis 2007, elle a quitté le domicile conjugal et n'a depuis lors plus de contact
avec ses enfants. Elle a divorcé en 2011. Elle a subi un accident le 26 janvier 2010 : un
jeune chien lui a sauté contre les jambes et l'assurée a subi un déchirement des ligaments du
genou gauche. L'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité le 23 mars 2010,
sollicitant des mesures de réadaptation professionnelle. Il ressort des pièces médicales du
dossier que: l'assurée souffre d'une entorse du genou gauche avec des douleurs, une
limitation de la mobilité et une incapacité de travail de 100% depuis le 26 janvier 2010
selon le Dr A_____ (avis du 16 avril 2010); elle est suivie par le Dr B_____,
rhumatologue, depuis août 2003 pour une périarthropathie micro-calcifiante de la hanche
gauche chronique (2003); une possible spondylarthropathie (2006); une tendinopathie avec
calcification du susépineux droit (2008); une tendinopathie du susépineux gauche (2008);
une entorse du ligament latéral interne du genou gauche (janvier 2010) et un état dépressif
chronique (depuis dix ans). Les douleurs de la hanche gauche apparues en 2003 sont
progressivement améliorées par le traitement. Les douleurs apparues en 2006 ont évoqué un
diagnostic différentiel d'une maladie des calcifications multiples, et d'une
spondylarthropathie, le traitement permettant une évolution vers des douleurs plus diffuses.
En décembre 2008, récurrence d'une tendinopathie avec lente amélioration progressive puis

récidive de douleurs de l'épaule droite en août 2009 et novembre 2009. Début 2010, un traitement est introduit, puis la patiente subit une entorse du ligament qui justifie l'arrêt de travail en cours. Depuis 2003, l'assurée a été en arrêt de travail du 21 août au 5 octobre 2003, du 27 janvier au 27 février 2006, du 13 au 20 mars 2006, du 23 janvier au 5 février 2007, du 26 mars au 2 avril 2007, du 11 décembre 2008 au 23 février 2009, du 19 août au 7 septembre 2009 et du 3 novembre 2009 au 15 février 2010. Les gonalgies gauches post-traumatiques sont partiellement améliorées, mais la situation n'est pas stabilisée (avis du 5 mai 2010); l'assurée souffre de dysthymie (F34.1) depuis septembre 2008, traitée depuis lors à la consultation de la Servette du Département de psychiatrie des HUG. La patiente décrit un état dépressif apparu en été 2007 qui s'aggrave progressivement avec apparition d'idées noires en février 2008, dans un contexte de séparation avec ses enfants et de harcèlement de son mari. Elle dit souffrir d'un trouble dépressif récurrent depuis dix ans, traité par Fluctine. Elle suit depuis 2008 un traitement psychothérapeutique, combiné à la prise de Fluctine (avis du Dr C _____ du 23 août 2010); elle souffre d'un syndrome d'apnées destructives du sommeil depuis 2003 sans répercussion sur sa capacité de travail, car il est efficacement traité (avis du Dr D _____ pneumologue du 10 janvier 2011). L'assurée a été mise au bénéfice dès le 31 mai 2010 d'un plan de réadaptation avec un contrat d'objectifs. Une mesure d'intervention précoce est ordonnée et l'assurée suit la formation "définir une orientation professionnelle " à mi-temps du 9 août au 7 septembre 2010 (évaluation des fonctions réalistes et réalisables). L'assurée doit se renseigner sur les exigences et les possibilités dans un poste de planificatrice. Elle retient plusieurs pistes auprès de son employeur, soit un poste de "livreuse de repas", qui n'a finalement pas été ouvert, un poste de "intendante sociale", pour lequel elle attend un cahier des charges, et, en-dehors de son emploi actuel, un poste de "réceptionniste-téléphoniste" dans un EMS, qui nécessiterait des connaissances en informatique. Elle suit aussi une formation "club emploi" deux après-midis par semaine du 14 septembre au 22 octobre 2010 (recherche d'emploi, dossier de candidature, stratégie de recherche) et un cours d'informatique 2,5 heures le soir 2 jours par semaine du 21 septembre au 2 novembre 2010. L'assurée est autorisée par le Dr B _____, à l'essai, de reprendre son travail à 50% de son taux d'activité, soit à 30% dès le 15 septembre 2010. Doutant de la possibilité d'une reprise du travail, l'OAI met sur pied, en coordination avec la SWICA, l'assureur-accident, une expertise médicale confiée au Dr E _____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Le rapport d'expertise du 7 janvier 2011 du Dr E _____ est fondé sur l'examen médical de la patiente du 12 octobre 2010, le rapport médical transmis par la SWICA et un dossier radiologique partiel. Il contient une anamnèse brève mais complète, un résumé des pièces médicales du dossier. L'examen médical est complet et les constatations objectives précisément décrites. L'expert retient les diagnostics suivants ayant une répercussion sur la capacité de travail : - Gonarthrose tri compartimentale débutante. (symptômes depuis janvier 2010) - Périarthropathie calcifiante de la hanche gauche chronique. (2003) - Tendinopathie calcifiante sus épineux droit. (2006) - Tendinopathie calcifiante sus épineux gauche. (2006) - Possible spondylarthropathie. (2006) - Suspicion de maladie des calcifications multiples - Etat dépressif chronique depuis plus de 10 ans. (2000). L'expert estime que la situation n'est pas stabilisée, les douleurs entraînant de manière régulière une incapacité de travail comme aide familiale. Au plan physique, les limitations actuelles touchent la mobilité de l'épaule droite avec des douleurs de la coiffe des rotateurs, avec impossibilité de soulever des charges, de monter le bras au-dessus de l'horizontale et travailler avec de forts bras de levier, mouvements et activités qui sont nécessaires dans la profession d'aide familiale. L'aspect inflammatoire de la

pathologie implique que d'autres sites locomoteurs peuvent être touchés, entraînant une limitation fonctionnelle différente. Au plan psychique et mental, l'expert n'a pas remarqué de troubles particuliers, mais le dossier de SWICA montre que l'assurée présente un état dépressif depuis plus de 10 ans. En raison de la difficulté de port de charges, des difficultés de marche en terrain accidenté, le travail d'aide familiale est difficilement concevable de façon régulière sans interruption conséquente et régulière de l'activité professionnelle. L'assurée peut réaliser des travaux sédentaires sans port de charges, avec changements de position réguliers, alternance des positions assises et de marche. Les atteintes inflammatoires étant imprévisibles et « à bascules », il est difficile de décrire de manière exhaustive la capacité résiduelle, car celle-ci peut être nulle lors de symptomatologie extrêmement aiguë à localisations multiples (hanches, épaules, etc.). L'activité habituelle n'est actuellement pas exigible, car elle risque d'aggraver la symptomatologie fonctionnelle et l'incapacité de travail est actuellement de 100%. Une reconversion dans un travail sédentaire avec alternance de positions assises et de marche serait raisonnable car la poursuite de l'activité d'aide familiale entraînera une symptomatologie qui ne permettra plus un travail régulier dans cette profession. L'activité adaptée pourrait se réaliser sans diminution de rendement, sauf durant les périodes de douleurs importantes nécessitant une incapacité complète de travail et la diminution de rendement dans l'activité adaptée n'est pas prévisible non plus du fait de la prépondérance du caractère inflammatoire de la pathologie. Dans le volet LAA de l'expertise, l'expert précise que les douleurs à l'épaule droite empêchent actuellement l'assurée d'avoir une quelconque activité professionnelle. L'enquête économique sur le ménage effectuée par l'OAI le 1^{er} avril 2010 conclut à une invalidité ménagère de 29%. Le status est mixte, la part professionnelle est de 70% et la sphère ménagère de 30%. L'assurée a repris une activité à 30% (5% du 60%) depuis septembre 2010. Malgré l'horaire allégé, elle manque régulièrement le travail, en raison des douleurs dans le dos, les épaules et les hanches. Dans la sphère ménagère, les empêchements sont relativement importants. Tous les travaux physiques lourds sont difficiles à réaliser. L'assurée met toute son énergie dans son travail et rentre épuisée à la maison, n'ayant plus l'énergie suffisante pour entreprendre les tâches ménagères. Même en fractionnant ces tâches, elle ne peut les accomplir que partiellement. Les grands nettoyages, ceux des placards, des vitres et de la baignoire ne sont plus effectués et aucune exigibilité de tiers n'est retenue. S'agissant des empêchements dans les diverses activités du ménage, le rapport mentionne :

Travaux pondération	empêchement	invalidité
Conduite du ménage	5%	0%
Alimentation	40%	20%
Entretien du logement	20%	50%
Emplettes et courses diverses	5%	0%
Lessive et entretien des vêtements	20%	40%
Soins aux enfants	0%	0%
Divers (sorties du chien)	10%	30%
Total	100%	29%

Compte tenu d'un droit au reclassement avéré selon le rapport du service de réadaptation professionnelle du 10 mars 2011, il est prévu d'organiser un stage de reclassement professionnel d'animatrice dans un EMS à 60%, puis à 80%. Dans un second temps, le pourcentage d'activité serait réduit de 20%, compte tenu de la journée de formation théorique, organisée dans le cadre de Croix-Rouge fribourgeoise, durant une année, dès janvier 2012. Il est alors convenu que l'assurée visitera entre trois et six EMS, établira une liste par ordre de préférence et effectuera les démarches de préinscription auprès de la Croix-Rouge fribourgeoise. Selon le rapport de réadaptation final du 3 mai 2011, l'état de santé de l'assurée s'étant amélioré de façon durable, et l'augmentation de son pourcentage d'activité étant prévu jusqu'à son 60% contractuel, le mandat de réadaptation est liquidé. L'assurée a confirmé le 3 mai 2011 l'amélioration de son état de santé qui lui permet

d'envisager la reprise de son travail, préférant renoncer au projet de reclassement et souhaitant en priorité poursuivre sa collaboration avec Y _____ jusqu'à 58 ans, soit l'âge du "plend". Y _____ confirme le 24 juin 2011 que l'assurée a repris son travail à 100% du taux contractuel de 60% depuis le 18 mai 2011, sans baisse de rendement, aucun aménagement du poste ou de l'horaire ou du type de clientèle n'ayant été fait. Depuis la reprise, l'assurée n'a pas été absente et n'a pas formulé de plainte quant à la reprise d'activité à temps complet (note d'entretien téléphonique de l'OAI). Le Dr B _____ atteste le 19 septembre 2011 que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré, sans changement dans les diagnostics, le traitement conservateur prolongé, les antalgiques, la physiothérapie et la chiropraxie ayant permis une lente diminution des douleurs avec récupération progressive de la capacité de travail. L'assurée est capable de travailler à 50% dans son emploi d'aide à domicile dès le 24 novembre 2010 et à 100% dès le 18 mai 2011. Par projet du 7 octobre 2011, l'OAI envisage de refuser des mesures professionnelles et une rente d'invalidité. Dans la mesure où l'assurée est estimée pleinement capable de travailler dans une activité adaptée dès le 7 janvier 2011, l'OAI procède de façon théorique, au calcul de la perte de gain. Le revenu sans invalidité est celui réalisé en 2009 auprès de Y _____ et dans l'emploi accessoire, soit 83'517 fr. Le revenu avec invalidité est fondé sur ESS, TA1, total, femme, à temps complet, soit 52'457 fr. Il en résulte un degré d'invalidité de 37% sur un pourcentage d'activité professionnelle de 70%, soit une invalidité de 26%. Les empêchements de 29%, sur la sphère ménagère de 30% impliquent une invalidité de 9%, soit un total de 35%. Le projet précise que l'assurée a repris son activité habituelle à 100% de son taux d'activité de 60% dès le 18 mai 2011, de sorte que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées. L'attention de l'assurée est attirée sur le fait que le SMR estime que l'activité actuellement exercée d'aide à domicile présente des risques non négligeables pour son intégrité physique, cette activité habituelle étant incompatible avec son état de santé. Par décision du 17 novembre 2011, le projet de décision est confirmé. Par acte du 23 décembre 2011, l'assurée forme recours contre la décision et conclut à l'octroi d'un ¾ de rente d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2010, préalablement à une expertise judiciaire psychiatrique, neurologique et rhumatologique. Elle fait valoir que l'instruction de l'OAI est lacunaire, car elle se fonde uniquement sur l'expertise du Dr E _____, alors que ce dernier n'a pas déterminé précisément quelle était la capacité de travail dans une activité adaptée, retenant au contraire une diminution de rendement. De plus, la question des troubles psychiatriques n'a pas été investiguée avec sérieux. Au demeurant, l'expertise du Dr E _____ n'est pas convaincante, quant à la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, l'expert n'ayant pas tenu compte des rapports médicaux de la Doctoresse C _____, ni des divers certificats médicaux attestant de troubles rhumatologiques et psychiatriques (périarthrite de l'épaule gauche, de la hanche droite, sciatalgies, tendinite du sus-épineux gauche et troubles dépressifs récurrents, actuellement sévères). L'expert en chirurgie orthopédique se permet de surcroît une appréciation psychiatrique, alors qu'il n'a pas de compétence dans ce domaine. Ses conclusions ne sont pas cohérentes, voire contradictoires, dès lors qu'il retient que la capacité de travail dans une activité adaptée est entière sans diminution de rendement, si les limitations fonctionnelles sont respectées, tout en admettant qu'il y aura des épisodes d'incapacité de travail totale, expliquant que les douleurs de l'épaule droite empêchent l'assurée d'avoir une quelconque activité professionnelle et qu'il faut s'attendre à une diminution de rendement en rapport avec les divers problèmes soulevés. L'assurée conteste également qu'elle disposerait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, compte tenu des nombreuses atteintes physiques qui impliquent,

en tout cas, une baisse de rendement de l'ordre de 20 à 30 %. S'agissant de la sphère ménagère, les grandes difficultés de la recourante à effectuer ses tâches ménagères relevées par l'enquêtrice ne se traduisent aucunement dans les taux des empêchements retenus. S'agissant de l'alimentation, l'empêchement devrait plutôt être évalué à 80%, de même que pour l'entretien du logement, les emplettes et courses diverses ainsi que la lessive et l'entretien des vêtements, de sorte que l'invalidité dans la sphère ménagère est de 76%. Ainsi, le taux d'invalidité global est de 67%, soit 44% dans la sphère professionnelle et 23% dans la sphère ménagère. S'agissant de l'activité professionnelle, le revenu de 52'457 fr. basé sur l'ESS doit être réduit de 20% au moins à titre de baisse de rendement et une réduction supplémentaire de 25% doit être appliquée, compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles et de l'âge de la recourante. Par pli du 13 février 2012, l'OAI conclut au rejet du recours. Aucune mesure d'instruction complémentaire sur le plan médical ne se justifie, au vu de la concordance des rapports figurant au dossier et de l'absence de composante psychiatrique aux limitations rencontrées par la recourante, le rapport de la Dresse C _____ l'affirmant et le Dr B _____ retenant une récupération de la capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. D'ailleurs, la recourante a repris son activité habituelle à son taux contractuel de 60% depuis le 18 mai 2011, de sorte qu'elle n'a subi aucune perte de gain à compter de cette date. L'enquête ménagère est probante, les empêchements ayant été déterminés sur la base des constatations de l'enquêtrice et étant cohérents avec les limitations constatées sur le plan médical. L'assurée produit le 16 février 2012 des pièces complémentaires et notamment une attestation du Dr B _____ du 9 février 2012 qui indique que la patiente a repris son activité d'aide familiale, malgré le risque de nouvelles interruptions de l'activité en raison des problèmes articulaires chroniques et qu'elle présente depuis la fin de l'année 2011 de fortes douleurs de l'épaule gauche, une récurrence de périarthropathie calcifiante ayant été diagnostiquée. L'assurée est à nouveau en incapacité de travail complète depuis le 14 janvier 2012. Le traitement est décrit, une IRM de la colonne cervicale a démontré des troubles dégénératifs du rachis cervical avec hernie discale C6-C7 droite. L'évolution de la situation confirme les fréquentes récurrences d'exacerbation de douleurs handicapantes remettant en question l'exigibilité à long terme d'une activité objectivement trop lourde physiquement. Les rapports du centre d'imagerie de radiographie de l'épaule gauche, IRM de la colonne cervicale et de ponction/lavage d'une calcification du sous-épineux gauche les 17 et 30 janvier 2012 sont produits. L'assurée précise le 24 février 2012 que, contrairement à ce que l'OAI avait soutenu, elle a connu une nouvelle récurrence des douleurs à l'épaule gauche depuis fin 2011, ayant entraîné une incapacité de travail depuis le 14 janvier 2012, l'instruction étant ainsi lacunaire. L'OAI rétorque le 14 février 2012 qu'aucun acte d'instruction supplémentaire ne se justifie en présence d'une situation médicale exhaustivement examinée, selon l'avis du SMR de la Dresse F _____ du 7 mars 2012, selon laquelle le Dr B _____ confirme que les différents problèmes rhumatologiques de sa patiente se traduisent par des récurrences fréquentes avec des exacerbations des douleurs remettant en question l'exigibilité à long terme, ce que le SMR avait admis, retenant que la capacité de travail était nulle dans son activité d'aide familiale. Les atteintes mentionnées ne sont pas nouvelles, les pièces produites ne sont pas de nature à modifier les conclusions du SMR et il s'agit d'une récurrence d'atteinte déjà existante avant le prononcé de la décision. Lors de l'audience du 24 avril 2012, l'assurée confirme avoir repris son activité à 30% en septembre 2010, puis à son taux habituel de 60% le 18 mai 2011. La reprise a été possible en raison d'une amélioration de

son état de santé. Avant la reprise, elle avait tenté d'obtenir un poste mieux adapté au sein de Y_____. Celui de livreuse de repas était trop lourd et celui de réceptionniste n'a finalement pas été ouvert. Elle continue à consulter les places vacantes, mais n'a pas fait de démarches spécifiques auprès de son employeur pour changer de poste. Son poste n'a pas du tout été adapté. Son cahier des charges et le type de patients sont strictement identiques à ce qu'ils étaient auparavant. Sauf erreur, elle n'a pas été absente pour raison de maladie de septembre 2010 à septembre 2011. Elle a alors été absente trois semaines d'affilée entre septembre et octobre 2011, puis a été en incapacité totale de travail du 14 janvier 2012 à fin mars 2012 et a alors repris à 30%. Le Dr B_____ confirme que la maladie est faite de périodes d'amélioration et de poussées inflammatoires, sans changement. Elle regrette que son employeur ne puisse pas lui proposer un poste mieux adapté. Cela étant, lors des poussées inflammatoires, en raison de leurs conséquences sur la mobilité, les douleurs et des effets de la médication, elle est totalement incapable de travailler dans n'importe quel métier. Son avocat ajoute qu'elle a repris son activité à 30%, également par crainte d'un licenciement, en raison de la multiplication des périodes d'absence pour maladie. Le représentant de l'OAI indique que si la capacité de travail est estimée comme étant entière dans une activité adaptée, c'est que les périodes d'incapacité totale sont ponctuelles. L'incapacité de travail n'étant pas durable, elle ne relève pas de l'AI. Interrogé sur le fait qu'un employeur potentiel risque de licencier une salariée qui est régulièrement absente plusieurs mois d'affilée, il ajoute que, sur un marché équilibré, ce problème ne se pose pas, que l'assurée a conservé son emploi et finalement, que les poussées sont imprévisibles, de sorte que l'on ne peut pas chiffrer les durées d'incapacité de travail, et l'éventuelle diminution de rendement. L'avocat de l'assurée rappelle que le SMR est d'avis que la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas déterminée et suggère d'interroger les Drs B_____ et E_____. Les médecins et l'employeur ont été interrogés par la Cour. Par pli du 9 mai 2012, le Dr B_____ confirme que suite à l'accident de janvier 2010 et le traitement conservateur, l'assurée a pu reprendre son activité à 50% dès octobre 2010, la fin de l'incapacité de travail à la charge de l'assurance-accident ayant été déterminée au 24 novembre 2010. Durant l'année 2010, la patiente présentait aussi des douleurs de l'épaule droite et de la périhanche gauche, objectivées par une IRM de l'épaule droite en juillet 2010 montrant la persistance de calcifications, une déchirure partielle du tendon supra-épineux, associée à une bursite sous-acromiale, et une échographie de la périhanche gauche démontrant des micro-calcifications du tendon du moyen fessier gauche. Lorsque l'incapacité de travail consécutive à l'entorse du genou gauche a pris fin, le médecin a dû maintenir la patiente en arrêt maladie à 50% en raison de la persistance des douleurs des épaules et des périhanches. La situation s'est lentement améliorée, toujours sous traitement d'anti-inflammatoires, d'antalgiques et de physiothérapie, la patiente ayant finalement pu reprendre son activité à 100% de son taux dès le 18 mai 2011, sauf un arrêt de travail de deux semaines en septembre 2011, suite à un épisode de lombalgie. Depuis décembre 2012, elle souffre à nouveau progressivement de l'exacerbation de douleurs de l'épaule gauche, associées à des cervicalgies. Les examens pratiqués montrent à nouveau des calcifications de l'épaule, une discopathie C5-C6 et C6-C7, avec une hernie discale C6-C7. La patiente se plaint dès février 2012 de la réapparition de douleurs de la périhanche droite, les douleurs persistantes de l'épaule gauche étant en lente amélioration et partielles, qui permet une reprise du travail à 50% dès le 26 mars 2012, avec persistance des douleurs. Il y a eu une période d'amélioration entre mai et décembre 2011, avec prise régulière d'anti-inflammatoires. Lors des atteintes inflammatoires impliquant les épaules et les

périhanches, l'assurée est très handicapée par les douleurs et une limitation de sa mobilité, de sorte que la capacité de travail dans une activité plus légère serait aussi amplement réduite. La durée des arrêts de travail depuis fin 2009 a été beaucoup plus prolongée qu'auparavant. Théoriquement, une activité adaptée devrait comporter moins de travail lourd, de manutention et de port de charges ainsi que la possibilité de changer fréquemment de position. Néanmoins, l'observation clinique montre que la patiente est incapable de pratiquer une activité même allégée, lors des poussées inflammatoires, mais a réussi à travailler, de l'été à l'automne 2011, avec anti-inflammatoires, dans son activité actuelle. Les poussées inflammatoires prolongées ne sont pas clairement liées à l'activité professionnelle, dès lors que la patiente a présenté des douleurs des épaules et des périhanches, alors qu'elle était en arrêt de travail, en 2010, et en février 2012. S'agissant du pronostic, l'évolution des dernières années montre une aggravation des périodes d'incapacité de travail en raison de tendinopathies des épaules et des périhanches dans le cadre d'une maladie des calcifications tendineuses multiples et des douleurs du rachis cervical, dans un contexte de trouble dégénératif établi, de sorte que l'on va vers une probable aggravation progressive de la situation. La meilleure solution pour la patiente serait le maintien d'une capacité de travail de 50% du taux d'activité de 60%, comme aide familiale, sous forme de trois demi-journées de travail par semaine. Par pli du 11 mai 2012, le Dr E_____ confirme que lors de l'examen effectué, il avait constaté des douleurs au niveau de l'épaule droite et une limitation de la mobilité relative, précisant que les activités sédentaires ménageant cette épaule étaient exigibles, mais que l'historique des interruptions de l'activité professionnelle montraient qu'en raison de douleurs multifocales récidivantes, les aménagements devaient être modulés en fonction des divers problèmes médicaux locomoteurs présentés par l'assurée. Il rappelle que l'anamnèse et l'étude du dossier indiquaient qu'un travail d'aide familiale était difficilement concevable de manière régulière, sans interruption, en précisant que la fréquence et l'intensité des périodes inflammatoires seraient vraisemblablement identiques, que l'assurée exerce ou non son activité. Toutefois, chaque état inflammatoire dégrade de manière substantielle la région locomotrice touchée et fragilise ainsi les structures tendineuses voire musculaires de manière conséquente et la chronicité des lésions peuvent entraîner à la longue, surtout si elles sont associées à un travail pénible, des lésions de surcharge mécanique qui pourraient entraîner un handicap plus important. Il est donc important que l'assurée exerce une activité plus légère. La diminution de rendement dans l'activité adaptée n'est pas prévisible, du fait de la prépondérance du caractère inflammatoire de la pathologie. En période de rémission-stabilisation par le traitement entrepris, il n'y a pas de diminution de rendement dans l'activité adaptée, étant précisé que le caractère inflammatoire peut être plus ou moins fort, de modéré à grave, la diminution de rendement dépendant de l'importance de la composante inflammatoire. Selon lui, les incapacités de travail de l'assurée auraient vraisemblablement été de durée plus courte avec une activité adaptée, mais il est clair que durant les épisodes inflammatoires aigus, les douleurs entravent également la capacité de travail ou le rendement, dans une activité adaptée. Par pli du 29 mai 2012, l'employeur de l'assurée a communiqué les périodes d'incapacité de travail depuis septembre 2010, comme suit : 22 septembre 2010 à 83%, 9-23 novembre 2010 à 100%, 24 novembre 2010-17 mai 2011 à 50%, 22 septembre-16 octobre 2011 à 100%, 19 décembre 2011 à 100%, 9-13 janvier 2012 à 50%, 14 janvier-25 mars 2012 à 100%, 26 mars-31 mai 2012 à 50%. Par conclusions du 4 juillet 2012, l'assurée relève que l'OAI admet qu'elle subit une perte de gain théorique durable, en procédant à une comparaison des revenus en tenant compte d'une

capacité de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, l'activité habituelle étant incompatible avec son état de santé. D'ailleurs, le relevé d'absence de l'employeur démontre que celle-ci a été en incapacité de travail totale puis partielle durant près de six mois consécutifs et, après une reprise de travail de six mois, durant trois mois consécutifs. Ainsi, les périodes d'incapacité de travail sont presque continues. D'ailleurs, qu'elle exerce une activité habituelle ou adaptée, les périodes d'incapacité de travail seraient les mêmes, selon les Drs E_____ et B_____, étant précisé que le Dr E_____ omet de préciser quelle serait la durée des périodes d'incapacité complètes de travail, en cas d'activité adaptée, lorsqu'il affirme que cette activité pourrait être réalisée sans diminution de rendement, sauf en période douloureuse. La recourante persiste ainsi dans ses conclusions et son argumentation s'agissant du calcul du taux d'invalidité mentionné dans son recours. Par conclusions du 5 juillet 2012, l'OAI rappelle que la capacité de travail de la recourante étant nulle dans l'activité habituelle, les pièces médicales ne permettent pas de faire une appréciation différente du cas d'espèce. L'OAI joint l'avis du SMR du 29 juin 2012, signé par la Dresse F_____, qui se rapproche de celui du Dr E_____, en tant qu'il retient la nécessité que l'assurée exerce une activité plus légère, adaptée à ses handicaps, qui pourrait se réaliser sans diminution de rendement et est d'accord avec le Dr E_____ et le Dr B_____ lorsqu'ils indiquent que, durant les périodes de douleurs importantes, l'incapacité de travail est complète, aussi bien dans une activité habituelle qu'adaptée. A l'instar du Dr E_____, le SMR estime qu'en exerçant une activité adaptée, les épisodes douloureux de type mécanique devraient être moins fréquents et conteste l'avis du Dr B_____, qui considère que l'assurée peut toujours exercer l'activité d'aide familiale que le SMR retient trop lourde et non adaptée à son handicap. La cause a été gardée à juger le 10 juillet 2012. Par pli du 10 septembre 2012, le Dr B_____ informe la Cour de céans que les problèmes d'épaule gauche et de périhanche droite de cette patiente se sont partiellement améliorés durant l'été 2012, mais elle a encore des douleurs surtout lorsque son activité d'aide ménagère est lourde. Depuis juillet 2012, sans traumatisme, elle se plaint de douleurs postérieures à la cheville droite, l'évaluation radiologique démontrant une importante tendinopathie distale du tendon d'Achille droit et une bursite pré-achilléenne associée, soit une nouvelle atteinte inflammatoire. La patiente a toutefois continué à travailler malgré ces douleurs mécaniques du pied droit qui s'exacerbent lors de la marche, la montée des escaliers et les soins aux patients durant tout l'été. EN DROIT 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. La LPGA est applicable, de même que la LAI dans sa teneur au 1er janvier 2008. 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. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité dès le mois de janvier 2011, soit à l'issue du délai de carence d'un an dès l'arrêt de travail de janvier 2010 et singulièrement sur le calcul de son taux d'invalidité. 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 et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). 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). 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 et les références). 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils

doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). 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. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a 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. 28 a 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). 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) Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les

résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; ATFA non publié I 733/06 du 16 juillet 2007). 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 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). c) Lorsqu'il y a lieu d'appliquer la méthode mixte d'évaluation, l'invalidité des assurés pour la part qu'ils consacrent à leur activité lucrative doit être évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Concrètement, lorsque la personne assurée ne peut plus exercer (ou plus dans une mesure suffisante) l'activité qu'elle effectuait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, le revenu qu'elle aurait pu obtenir effectivement dans cette activité (revenu sans invalidité) est comparé au revenu qu'elle pourrait raisonnablement obtenir en dépit de son atteinte à la santé (revenu d'invalidité). Autrement dit, le dernier salaire que la personne assurée aurait pu obtenir compte tenu de l'évolution vraisemblable de la situation jusqu'au prononcé de la décision litigieuse - et non celui qu'elle aurait pu réaliser si elle avait pleinement utilisé ses possibilités de gain (ATF 125 V 146 consid. 5c/bb) - est comparé au gain hypothétique qu'elle pourrait obtenir sur un marché équilibré du travail en mettant pleinement à profit sa capacité résiduelle dans un emploi adapté à son handicap (ATF 125 V 146 consid. 5a). Lorsque la personne assurée continue à bénéficier d'une capacité résiduelle de travail dans l'activité lucrative qu'elle exerçait à temps partiel avant la survenance de l'atteinte à la santé, elle ne subit pas d'incapacité de gain tant que sa capacité résiduelle de travail est plus étendue ou égale au taux d'activité qu'elle exercerait sans atteinte à la santé (ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 3.2). d) 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 et ATF 104 V 136 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 décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine en règle générale d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). 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'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (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). e) 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 LPG), 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'œuvre (VSI 1998 p. 293). La notion du marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite, qui sert 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'œuvre 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 LPG, 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). f) Le Tribunal fédéral, dans sa jurisprudence la plus récente, a considéré que dans certaines circonstances bien définies, il pouvait être tenu compte de la diminution de la capacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels en raison des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité (ATF 134 V

9 ; voir également SVR 2006 IV n° 42 p. 151). L'incapacité d'exercer une activité lucrative ou d'accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité ne peut être prise en considération qu'à certaines conditions spéciales. Entre autres exigences, il faut, pour pouvoir se prévaloir de ce que les efforts consentis en exerçant une activité lucrative ont des effets du point de vue de l'atteinte à la santé sur l'accomplissement des travaux ménagers et éducatifs, que l'assuré exploite pleinement et concrètement sa capacité résiduelle de travail après la survenance de l'invalidité. A l'inverse, les efforts fournis dans l'accomplissement des travaux habituels ne peuvent être pris en compte lorsqu'il convient d'apprécier la capacité à exercer une activité lucrative que dans l'hypothèse où la personne assurée consacre une partie de son temps à des tâches d'assistance familiale (en faveur de ses enfants ou de parents nécessitant des soins). L'éventualité que les deux domaines d'activités puissent s'influencer réciproquement apparaîtra par ailleurs d'autant plus faible que leurs profils d'exigences seront complémentaires. En outre, la diminution de l'aptitude à exercer une activité lucrative ou à accomplir les travaux habituels résultant des efforts consentis dans l'autre domaine d'activité doit être manifeste et dépasser la mesure normale. L'appréciation doit se faire en fonction de l'importance décroissante qu'il convient d'accorder à chaque domaine d'activité. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, il convient d'examiner celui où les efforts se font le plus fortement ressentir. (ATF 134 V 9 consid. 7.3.1 et 7.3.3; ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008 consid. 4.2). La diminution de l'aptitude à exercer les travaux habituels, résultant des efforts accomplis lors de l'exercice de l'activité lucrative, ne saurait dépasser 15%. Si la répartition des champs d'activité est équilibrée, les efforts supplémentaires résultant du cumul d'activités lucrative et non lucrative est pris en considération dans le champ d'activité où ces efforts se font le plus sentir (cf. ATF 134 V 9 ; SVR 2006 IV n° 42 p. 151; ATF non publié 9C_713/2007 du 8 août 2008, consid. 4). a) En l'espèce, l'instruction médicale du dossier est complète et il n'est ainsi pas nécessaire d'ordonner une expertise. En effet, aucun rapport médical circonstancié et probant ne retient d'incapacité du point de vue psychique et, sur le plan somatique, les conclusions de l'expertise du Dr E _____ ne sont pas contradictoires avec l'avis du Dr B _____. En premier lieu, tous deux estiment que l'activité d'aide familiale n'est pas adaptée à l'état de santé de l'assurée, ne serait-ce parce qu'elle ne respecte manifestement pas les limitations fonctionnelles retenues, ce que le SMR retient aussi. Si le Dr B _____ indique que la meilleure solution serait le maintien de cette activité à 30% (50% du 60%), c'est en raison du fait qu'il estime qu'aucune activité ne peut être exercée à un taux plus important et, vraisemblablement aussi pour d'autres motifs (emploi connu, employeur compréhensif, conditions salariales étatiques, etc.). En second lieu, les deux spécialistes retiennent que lors des périodes de poussée inflammatoire importante, l'incapacité de travail est nulle dans toute activité, ce que le SMR admet aussi. En troisième lieu, ils confirment qu'en dehors des poussées, alors que l'assurée reste sous anti-inflammatoires, elle est capable de travailler à plein temps, sans diminution de rendement. En quatrième lieu, ils confirment qu'avec une activité plus légère, voire aucune activité, la fréquence et l'intensité des périodes inflammatoires seraient identiques. Toutefois, le Dr E _____ retient que la durée de chaque période d'incapacité serait "vraisemblablement" plus courte avec une activité adaptée. Il indique que chaque période inflammatoire entraîne des lésions, lesquelles, associées à une surcharge mécanique liée à l'activité lourde, pourraient entraîner un handicap plus important. Il faut donc ménager les organes lésés. Avec une activité adaptée, les épisodes douloureux de type mécaniques ne devraient plus se manifester, seules les

périodes douloureuses inflammatoires seraient alors incapacitantes. Le Dr B _____ relève que sa patiente a pourtant présenté des poussées inflammatoires prolongées alors qu'elle était à l'arrêt complet. Il s'avère en réalité que ces deux avis ne sont pas vraiment contradictoires. D'une part, l'avis du Dr E _____ s'agissant du risque d'aggravation de l'état de santé en cas de maintien de l'activité habituelle est convaincant et bien motivé, il est de surcroît partagé par le SMR. Toutefois, cela ne change rien au fait que l'assurée présente de toute façon, dans une activité adaptée ou pas et même sans activité, des poussées inflammatoires de la même intensité et à la même fréquence, qui impliquent selon leur intensité une incapacité totale ou partielle à exercer toute activité, même ménagère. Surtout, le Dr B _____ souligne avec pertinence que la durée des périodes inflammatoires (et par conséquent de l'incapacité de travail) a été longue en 2010, et ce alors même que l'assurée était en arrêt de travail suite à la chute ayant touché un genou en janvier 2010 et ne sollicitait donc pas ses épaules et hanches, puis à nouveau en 2012. Sans remonter aux arrêts de travail depuis 2003, il s'avère que l'assurée a été incapable de travailler du 11 décembre 2008 au 23 février 2009, du 18 août au 7 septembre 2009 et du 3 novembre au 31 décembre 2009, soit environ 5 mois sur un peu plus d'un an. L'incapacité de travail qui a débuté le 3 novembre 2009 a continué jusqu'au 15 septembre 2010 à 100% et a dû être prolongée à 50% jusqu'au 18 mai 2011, en raison de l'état inflammatoire, en dehors de toute activité, puis à nouveau à 100% du 22 septembre au 16 octobre 2011, soit environ 18 mois sur une période de deux ans. En 2012, l'assurée a été incapable de travailler du 9 janvier au 31 mai, à 50% du 9 au 13 janvier, 100% du 14 janvier au 25 mars, puis 50% du 26 mars au 31 mai. Selon la dernière attestation du Dr B _____, les douleurs se sont améliorées durant l'été, mais une nouvelle atteinte inflammatoire à la cheville droite a été diagnostiquée en juillet 2012. Le médecin précise à cette occasion que les douleurs persistent surtout lorsque le travail d'aide-ménagère est lourd. Il s'avère par ailleurs que, même sans compter une partie de la longue incapacité de 2010 à mettre sur le compte des suites de l'accident de janvier 2010, la fréquence et la durée des périodes d'incapacité vont en augmentant (plus de 4 mois consécutifs en 2012). De plus, l'assurée connaît une aggravation de son état de santé par l'apparition d'une nouvelle atteinte inflammatoire à la cheville en été 2012. Rien ne permet de douter du fait que l'assurée reprend le travail dès que possible à 50%, alors que les douleurs persistent, au vu des déclarations du Dr B _____, vraisemblablement par crainte d'un licenciement. Sur la base de l'ensemble des avis médicaux, il est donc établi au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée aurait également été incapable de travailler durant plusieurs périodes, relativement longues, depuis novembre 2009, bien que dans le cadre d'une activité légère, ces périodes auraient vraisemblablement été moins longues, le Dr B _____ confirmant la persistance des douleurs en raison de l'activité lourde d'aide ménagère. Compte tenu toutefois des constatations faites en 2010, concernant la persistance et la durée de l'état inflammatoire après une longue période de repos, on peut retenir que les diverses périodes inflammatoires ne seraient pas réduites de beaucoup. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère, force est de constater que le Dr E _____ souligne à juste titre que la capacité est entière en dehors des poussées inflammatoires, mais réduite partiellement ou totalement durant ces poussées et en fonction de leur intensité, comme c'est d'ailleurs le cas dans son activité actuelle. Or, on ne peut pas raisonnablement estimer que la capacité de travail est entière chez une assurée qui est incapable de travailler 6 mois sur 12 en moyenne. C'est ainsi à tort que l'OAI a retenu une pleine capacité de travail sans diminution de rendement dans une activité adaptée. Au demeurant, il est certain que l'assurée doit le maintien de son poste de travail,

malgré de longues et nombreuses périodes d'absence, au fait que son employeur est une institution de droit public. C'est d'ailleurs vraisemblablement aussi pour ce motif que l'assurée continue à exercer l'activité d'aide-ménagère, malgré le fait qu'elle aggrave vraisemblablement son état de santé. En effet, un tel taux d'absentéisme aurait sans aucun doute possible conduit à un licenciement dans le cadre d'un emploi dans le secteur privé. De même, si l'assurée abandonne cet emploi, ce qu'elle devrait manifestement faire pour sa santé, il est hautement vraisemblable que, compte tenu de son âge (54 ans), des nombreuses et longues périodes d'incapacité de travail, qui vont en s'aggravant, de l'aggravation de l'état de santé intervenu durant l'été 2012, il semble fort difficile de trouver un employeur disposé à engager l'assurée, en faisant des concessions irréalistes, même sur un marché du travail équilibré, sauf peut-être dans le cadre étatique ou paraétatique, ce qui est cependant également de moins en moins le cas, compte tenu des finances de l'état. b) En procédant au calcul du taux d'invalidité théorique, sur la base des salaires statistiques pour une activité adaptée, l'OAI devait soit constater l'impossibilité de trouver une emploi adapté sur le marché primaire du travail, soit tenir compte, à tout le moins, d'une capacité de travail réduite ou d'une diminution de rendement dans une activité adaptée, en proportion des absences de l'assurée lors des poussées inflammatoires, soit vraisemblablement de l'ordre de 40% à 50%, sur la base des rapports médicaux. De même, en fonction de l'âge de l'assurée (54 ans), de l'importance de ses limitations fonctionnelles, de la longue durée d'occupation en tant qu'aide ménagère (33 ans depuis 1979), c'est un abattement de 25% qui devait être retenu, de sorte que le revenu avec invalidité devait être fixé à 21'638 fr. ($52'457 \text{ fr.} \times 55\% - 25\%$). Le taux d'empêchement professionnel en ressortant, de 74% correspond à un taux d'invalidité de 51,8% ($74\% \times 70\%$). S'agissant de l'enquête ménagère, elle a été menée avec sérieux, par une personne qualifiée et tient correctement compte de l'absence d'exigibilité de la part de tout tiers et des constatations médicales. S'agissant du nettoyage, un empêchement de 50% reflète correctement le fait que l'assurée ne peut effectuer que les tâches légères, mais qui sont les plus fréquentes (poussière, balais, nettoyage de la table, du lavabo, une partie de l'aspirateur, etc.) et n'effectue plus les travaux lourds, dont certains sont moins fréquents (vitres, boiseries, etc.). Pour l'alimentation, l'assurée peut préparer ses repas, nettoyer l'évier et les plaques de la cuisinière et l'empêchement de 20% concerne donc le nettoyage lourd de la cuisine. Pour ce qui est de la lessive, le temps consacré à préparer et à plier le linge est plus long que celui pris pour mettre la machine, puis le séchoir en route, de sorte que 40% d'empêchement est raisonnable. On pourrait éventuellement retenir 5% d'empêchement pour les courses, s'agissant des objets lourds. Cela étant, l'enquête ménagère tient compte du fait qu'aussi longtemps que l'assurée continue à travailler - comme aide ménagère précisément - elle rentre épuisée à la maison et ne parvient plus à effectuer ses tâches domestiques, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, le taux d'invalidité ménagère étant de 8,7% ($29\% \times 30\%$). Ainsi, globalement, le taux d'invalidité de l'assurée serait de l'ordre de 60,5%, et ce pour autant qu'il soit démontré que l'assurée dispose de possibilités de travail réalistes dans le cadre d'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A défaut, il serait de 78,7%. c) Cela étant, l'invalidité est une notion économique et aussi longtemps que l'assurée continue à travailler et à réaliser le même salaire malgré l'atteinte invalidante, il n'y a pas d'invalidité au sens de la loi, car il n'y a pas de perte de gain. Ainsi, la comparaison des revenus avec et sans invalidité conduit en l'état à un taux d'invalidité nul sur le plan professionnel et de 8,7% sur le plan ménager. Ainsi, par substitution de motifs, la décision de l'OAI du 17 novembre 2011 qui refuse toutes prestations à l'assurée est fondée. C'est ainsi seulement lorsque l'assurée ne réalisera

plus ce revenu, en raison d'un licenciement ou d'une démission, qu'elle pourra déposer une demande de révision, dès lors que, non seulement son état de santé s'est aggravé après la décision du 17 novembre 2011, mais que ces autres circonstances auront pour effet de notablement modifier le taux d'invalidité. L'objet du litige étant délimité par la décision du 17 novembre 2011, date à laquelle l'assurée percevait son plein salaire, la Cour de céans ne peut pas fixer précisément le taux d'invalidité, car ce dernier devra l'être, le cas échéant, sur la base des circonstances notamment médicales et professionnelles lors de l'éventuelle demande de révision. A noter encore que la poursuite de l'activité, malgré le fait qu'elle est clairement inadaptée, voire de nature à aggraver l'invalidité, est certes contestable, mais on comprend que l'assurée s'y accroche, au vu de la compréhension de son employeur et de l'incertitude de sa situation financière à défaut. Il faut encore relever qu'en poursuivant son travail, l'assurée diminue son dommage, certes provisoirement, mais ce qui n'est pas négligeable. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner le recourant au paiement d'un émolument de 200 fr. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Irène PONCET La présidente Sabina MASCOTTO Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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