

GE_GERICHTE ATAS/1034/2021 vom 5. Oktober 2021

GE Cour de justice, 2021-10-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1034_2021

FR: GE_GERICHTE ATAS/1034/2021 du 5 octobre 2021

IT: GE_GERICHTE ATAS/1034/2021 del 5 ottobre 2021

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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).

E. 2

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 3

À 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.

E. 4

Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

E. 5

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

E. 6

Le litige porte sur la question de savoir à partir de quand la recourante a recouvré une pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20%, ainsi que sur le calcul du taux d'invalidité.

E. 7

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, mentale ou psychique 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

A/905/2020 - 8/20 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 8

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. 28a al. 1 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 9

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance.

E. 10

a. 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

A/905/2020 - 9/20 - origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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. b. 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). c. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1). d. En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

A/905/2020 - 10/20 - e. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

E. 11

En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 12

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

A/905/2020 - 11/20 - sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 13

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un

complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 14

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).

E. 15

a. En l'espèce, l'assurée a été victime d'un accident le 18 novembre 2012 à la suite duquel elle a souffert d'un traumatisme crânio-cérébral grave. Dans une première décision datée du 31 octobre 2017, l'OAI lui a refusé toute prestation, aux motifs, d'une part, que, même si sa capacité de travail était nulle du

E. 18

a. Il convient à ce stade d'examiner si les avis des Drs H_____ et I_____ des HUG du 1er décembre 2016, du Dr I_____ du 9 mai 2017 et du Dr M_____ du 22 juin 2018 permettent de s'écarter des conclusions du CEMed, selon lesquelles c'est à compter du 5 avril 2016 que sa capacité de travail est de 100%, avec baisse de rendement de 20%. Dans leur rapport du 10 juin 2016, les Drs H_____ et I_____ ont indiqué que les diagnostics avec effet sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif, de céphalées post-traumatiques et de troubles neurocognitifs étaient tous présents depuis 2012. Ils ont également relevé que par rapport à une précédente évaluation effectuée le 30 novembre 2012, l'examen montrait la persistance de troubles exécutifs, d'un léger ralentissement attentionnel, de troubles de la mémoire verbale, ainsi que d'un léger défaut de la mémoire épisodique visuelle à long terme, et constaté une majoration des troubles de l'humeur, avec des éléments anxio-dépressifs et des ruminations. Ils ont ainsi évalué la capacité de travail à 60% dans une activité adaptée à ses limitations (fatigabilité importante, troubles mnésiques et exécutifs

A/905/2020 - 14/20 - légers à modérés, céphalées, photosensibilité, troubles de l'humeur et état anxio- dépressif). Le 9 mai 2017, le Dr I_____ a confirmé qu'en juin 2016, la symptomatologie psychiatrique de l'assurée était très présente et se répercutait de manière très importante sur son fonctionnement », précisant que le bilan psychiatrique de juin 2016 avait montré un fonctionnement altéré, potentiellement lié à une modification durable de la personnalité ou à une symptomatologie anxio-dépressive. Il a toutefois informé l'OAI que l'assurée avait cessé de consulter depuis lors. Dans son rapport du 22 juin 2018, le Dr M_____ a indiqué que : « L'assurée présente un état dépressif d'intensité modérée. Un traitement psychiatrique et psychothérapeutique est entrepris auprès de moi-même. Actuellement, il n'y a pas de médication prescrite (l'indication à un traitement antidépresseur est présente mais la patiente a souhaité privilégier la psychothérapie). Le diagnostic est retenu sur la base des éléments suivants : la patiente présente une humeur triste avec une vision très négatives du monde et de l'avenir ainsi qu'une altération de

l'estime de soi, une anhédonie partielle. Elle rapporte une baisse de l'énergie avec une diminution des activités. Elle présente des troubles de la concentration et une fatigabilité. Elle s'est isolée socialement par peur d'être critiquée ou rejetée, ce qu'elle vit même dans les situations sociales banales et informelles. L'appétit est sans particularité et le poids stable. Le sommeil est régulièrement perturbé par des cauchemars en lien avec son accident, ou la peur du rejet. Elle présente des idées de mort passives, alimentée par l'idée que si elle disparaissait, cela serait un soulagement pour ses proches, et par le désespoir de ne plus retrouver de vie normale. On relève aussi des symptômes anxieux marqués et très handicapants. Elle présente des pensées obsédantes sur les cicatrices au scalp et au front, vécues comme l'équivalent d'une mutilation. Elle craint la réaction de dégoût et de rejet que cela pourrait provoquer. Cela conduit à des comportements d'évitement très contraignants. Elle doit faire attention aux horaires d'affluences, à la luminosité, à ses vêtements, à la position des gens autour d'elle. Les expositions sont accompagnées de symptômes importants. Il est important de relever que les symptômes décrits se sont installés à la suite de son grave accident survenu en 2012 (où elle est victime d'un TCC sévère, reste incarcérée dans le véhicule et est abandonnée par les personnes qui l'accompagnaient). Cet accident est survenu alors que la patiente demandait de manière insistante à ce qu'on la laisse sortir du véhicule. L'abandon qu'elle a vécu dans une telle circonstance semble lié à la peur du rejet qu'elle présente de manière importante et participe à sa dépression. A ce sujet, il est difficilement compréhensible que l'on retrouve pas dans l'expertise médicale d'exploration claire de ces symptômes liés au traumatisme.

A/905/2020 - 15/20 - On peut considérer, d'un point de vue psychiatrique, qu'elle présente des difficultés relationnelles importantes, une estime de soi fortement altérée, des troubles de l'attention et de la concentration et une résistance au stress fortement réduite. Actuellement cela représente une incapacité de travail de 50%, la capacité résiduelle est envisageable dans la mesure d'un environnement adapté ». b. Les experts du CEMed ont pris connaissance de ces rapports et les ont commentés le 15 mars 2021. Ils ont relevé que les descriptions du Dr M_____, qui avait suivi l'assurée en 2018, apparaissaient relativement dramatiques, alors qu'au jour de leur examen, l'assurée relativisait beaucoup, voire invalidait ces notions ; elle ne se disait pas souffrir particulièrement de dépression et, n'y voyant plus de nécessité, elle avait arrêté son suivi chez le psychiatre en 2016, sans jamais avoir pris, ni qu'on lui ait proposé, de traitement médicamenteux. Ils ont ainsi confirmé que sur le plan psychique, l'assurée disposait de ressources suffisantes pour une activité professionnelle et qu'aucune limitation fonctionnelle de principe n'était constatée. Il y a lieu de rappeler qu'une amélioration de l'état de santé psychique de l'assurée en 2019, n'est pas contestée. Il est en revanche important de constater que les médecins du CEMed ne nient pas qu'il y ait eu une évolution positive entre 2018 et 2019. c. Il est vrai que l'assurée a cessé de consulter un spécialiste en 2016. Les Drs H_____ et I_____ parlent toutefois en juin 2016 de la persistance des troubles exécutifs et de la majoration des troubles de l'humeur avec des éléments anxio-dépressifs et des ruminations, et le Dr I_____, en mai 2017, insiste sur les effets - très importants - de la symptomatologie psychiatrique sur le fonctionnement. Il importe de souligner que les médecins du CEMed ont eux-mêmes retenu que c'est à partir de l'expertise CEMed du 24 octobre 2019 qu'une pleine capacité de travail avec diminution de rendement de 20% pouvait être raisonnablement exigée. Il convient de considérer, au vu de ce qui précède, que l'assurée n'a recouvré une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée avec une baisse de rendement de 20% que depuis octobre 2019. On peut par ailleurs admettre, au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence,

une capacité de travail de 50% depuis juin 2016 sur la base des rapports des Drs H_____, I_____ et M_____ des 10 juin 2016, 9 mai 2017 et 22 juin 2018.

E. 19

Reste à déterminer le degré d'invalidité. 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 réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

A/905/2020 - 16/20 - La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). Ce revenu 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, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'ESS éditée par l'Office fédéral de la statistique (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 201/06 du 14 juillet 2006 consid. 5.2.3 et I 774/01 du 4 septembre 2002). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75

A/905/2020 - 17/20 - consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur

privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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 valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). 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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur les mêmes données statistiques - soit lorsque la personne assurée n'exerçait pas d'activité lucrative avant la survenance de l'atteinte à la santé ou que le revenu sans invalidité ne peut pas être déterminé avec suffisamment de précision (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 243/99 du 23 mai 2000 consid. 2b) -, il est superflu de les chiffrer avec exactitude. En pareil cas, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du revenu d'invalidité afin de tenir compte, conformément aux principes développés à l'ATF 126 V 75, de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2).

E. 22

a. En l'espèce, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 0% en comparant un revenu avec invalidité de CHF 43'665.- et un revenu sans invalidité de CHF 42'026.-. b. L'assurée conteste le revenu sans invalidité retenu par l'OAI, qui ne tient pas compte du treizième salaire prévu par la Convention collective de travail, ni des pourboires, et devrait dès lors être augmenté à CHF 49'091.-. Il y a toutefois lieu de constater que les pourboires ne sont pris en compte pour l'évaluation du revenu sans invalidité, que s'ils sont soumis aux cotisations

A/905/2020 - 18/20 - paritaires (8C_514/2012 consid. 4.2 ; Circulaire sur l'invalidité et l'impuissance dans l'assurance-invalidité (CIIAI) n° 3023.1). Or, le montant pris en compte par l'OAI correspond au salaire déclaré par l'employeur de l'assurée, soit un montant de CHF 40'800.- (CHF 3'400.- x 12 mois), indexé à CHF 42'026.- en 2016. c. Pour établir le revenu d'invalidité, l'OAI s'est à juste titre référé aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2016 ; tableau TAI, tous secteurs confondus (total), femmes, activités simples et répétitives, niveau 1), soit un montant de CHF 154'581.- (CHF 4'363.-/40 heures x 41,7 heures x 12 mois), réduit à CHF 43'665.- vu la diminution de rendement de 20%. L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir tenu compte d'aucun taux d'abattement, alors qu'elle présente des limitations fonctionnelles neuropsychologiques et

psychiatriques. Il convient toutefois de rappeler que la baisse de rendement de 20% a précisément été retenue pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles. d. Les revenus pris en considération par l'OAI ne peuvent en conséquence qu'être confirmés.

E. 23

a. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGGA. Selon l'art. 29 al. 3 LAI, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). La modification du droit à la rente n'intervient qu'après l'écoulement de trois mois complets (ATAS/218/2017 du 21 mars 2017 consid. 23b). b. En l'occurrence, de novembre 2012 à juin 2016, l'assurée a présenté une capacité de travail nulle quelle que soit l'activité envisagée. Elle ne peut toutefois prétendre à aucune prestation pour cette période du fait que sa demande de prestations a été déposée en mars 2016 (art. 29 al. 1 LAI).

A/905/2020 - 19/20 - c. De juin 2016 à octobre 2019, sa capacité de travail est de 50% dans toute activité. Il en découle un degré d'invalidité de 48% ouvrant le droit à un quart de rente d'invalidité de septembre 2016 (art. 29 al. 1 LAI) à fin décembre 2019 (art. 88a RAI). d. La comparaison entre le revenu exigible (CHF 43'665.-) et celui sans invalidité pour une capacité de travail à 100% avec une diminution de rendement de 20% (CHF 42'026.-) conduit à un taux d'invalidité nul, à compter d'octobre 2019.

E. 24

Aussi le recours est-il partiellement admis, en ce sens que l'assurée a droit à un quart de rente d'invalidité de septembre 2016 à décembre 2019.

A/905/2020 - 20/20 - 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.