

# **GE\_GERICHTE ATAS/235/2025 vom 3. April 2025**

GE Cour de justice, 2025-04-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_235\\_2025](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_235_2025)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/235/2025 du 3 avril 2025

IT: GE\_GERICHTE ATAS/235/2025 del 3 aprile 2025

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

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), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 1.2**

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

A/3090/2024 - 11/20 -

### **E. 2**

Le litige porte sur le taux d'invalidité de la recourante, singulièrement sur l'évaluation de ses empêchements dans la sphère professionnelle, sa capacité de travail dans la sphère ménagère n'étant pas contestée.

### **E. 3**

novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706). En cas de changement de règles de droit, la législation applicable est celle qui était en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui a des conséquences juridiques, sous réserve de dispositions particulières de droit transitoire (ATF 136 V 24 consid. 4.3 et la référence). En l'occurrence, la décision querellée fait suite à une nouvelle demande de prestations déposée en date du 28 août 2023 et refuse l'octroi d'une rente, dont le droit serait né postérieurement au 31 décembre 2021, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

### **E. 4.1**

Selon l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à une rente aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a), il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) et au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). En vertu de l'art. 28 LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2).

### **E. 4.2**

L'art. 29 al. 1 LAI énonce que le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit son 18e anniversaire. Selon l'al. 3 de cette disposition, la rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance. Conformément à l'art. 29 al. 3 LPGA, la date à laquelle l'annonce a été remise à la Poste ou déposée auprès de l'organe est déterminante s'agissant du moment auquel les prestations ont été faites valoir (Guy LONGCHAMP, in Commentaire romand de la loi sur la partie générale des assurances sociales, 2018, n. 28 et 40 ad art. 29 LPGA).

#### **E. 4.3**

Aux termes de l'art. 28a al. 1 LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative

A/3090/2024 - 12/20 - est quant à lui évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (art. 28a al. 2 LAI). Enfin, selon l'art. 28a al. 3 LAI, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

#### **E. 4.4**

En l'occurrence, la répartition entre taux d'activité dans la sphère professionnelle (80%) et dans la sphère ménagère (20%) n'est pas contestée, pas plus que les résultats de l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assurée qui conclut que cette dernière bénéficie d'une capacité de 100%, dans la sphère ménagère.

#### **E. 5**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c ; 102 V 165 consid. 3.1 ; VSI 2001 p. 223 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). La reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant selon les règles de l'art sur les critères d'un système de classification reconnu, tel le CIM ou le DSM-IV (ATF 143 V 409 consid. 4.5.2 ; 141 V 281 consid. 2.1 et 2.1.1 ; 130 V 396 consid. 5.3 et 6). Selon la jurisprudence, en cas de troubles psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée, en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs incapacitants et, d'autre part, des potentiels de compensation (ressources) (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). L'accent doit ainsi être mis sur les ressources qui peuvent compenser le

poids de la douleur et favoriser la capacité d'exécuter une tâche ou une action (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_111/2016 du 19 juillet 2016 consid. 7 et la référence). Il y a lieu de se fonder sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). - Catégorie « Degré de gravité fonctionnel » (ATF 141 V 281 consid. 4.3)

A/3090/2024 - 13/20 - A. Complexe « Atteinte à la santé » (consid. 4.3.1) Expression des éléments pertinents pour le diagnostic (consid. 4.3.1.1), succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à cet égard (consid. 4.3.1.2), comorbidités (consid. 4.3.1.3). B. Complexe « Personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles ; consid. 4.3.2) C. Complexe « Contexte social » (consid. 4.3.3) - Catégorie « Cohérence » (aspects du comportement ; consid. 4.4) Limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie (consid. 4.4.1), poids des souffrances révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation (consid. 4.4.2). Les indicateurs appartenant à la catégorie « degré de gravité fonctionnel » forment le socle de base pour l'évaluation des troubles psychiques (ATF 141 V 281 consid. 4.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2019 du 16 mars 2020 consid. 8.2). Dans un arrêt du 17 novembre 2021, le Tribunal fédéral a rappelé qu'en principe, seul un trouble psychique grave peut avoir un caractère invalidant. Un trouble dépressif de degré léger à moyen, sans interférence notable avec des comorbidités psychiatriques, ne peut généralement pas être défini comme une maladie mentale grave. S'il existe en outre un potentiel thérapeutique significatif, le caractère durable de l'atteinte à la santé est notamment remis en question. Dans ce cas, il doit exister des motifs importants pour que l'on puisse néanmoins conclure à une maladie invalidante. Si, dans une telle constellation, les spécialistes en psychiatrie attestent sans explication concluante (éventuellement ensuite d'une demande) une diminution considérable de la capacité de travail malgré l'absence de trouble psychique grave, l'assurance ou le tribunal sont fondés à nier la portée juridique de l'évaluation médico-psychiatrique de l'impact (ATF 148 V 49 consid. 6.2.2 et les références).

## **E. 6**

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

### **E. 6.1**

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

A/3090/2024 - 14/20 - 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. 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

### **E. 6.2**

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 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

### **E. 6.3**

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 ; 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/3090/2024 - 15/20 -

### **E. 6.4**

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 n. 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

#### **E. 7**

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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

#### **E. 8**

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral I.321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

#### **E. 9**

En l'espèce, la recourante allègue souffrir de troubles psychiatriques et somatiques, ces derniers se manifestant sous la forme d'une méniscopathie du ménisque interne droit, depuis janvier 2024 et d'une tendinopathie sous la forme d'une tendinite du petit fessier depuis, à tout le moins, août 2023. Elle fait grief à l'intimé de n'avoir pas ordonné une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et neurologique.

A/3090/2024 - 16/20 - L'OAI, de son côté, estime qu'une éventuelle atteinte de nature psychiatrique n'est pas documentée, le certificat médical du Dr K\_\_\_\_\_ étant postérieur à la décision rendue. S'agissant des atteintes de nature somatique, l'OAI se fonde sur le dernier rapport médical du 25 octobre 2023 délivré par le Dr E\_\_\_\_\_.

#### **E. 9.1**

S'agissant des troubles psychiatriques, la chambre de céans a interpellé la recourante, par courrier du 22 janvier 2025, et a attiré son attention sur l'absence de pièces au dossier pouvant documenter de manière probante l'existence d'atteintes psychiatriques récentes et l'a invitée à transmettre d'éventuelles pièces médicales pouvant confirmer ses allégations. Le recourante a réagi en communiquant un rapport médical du Dr K\_\_\_\_\_, daté du 8 novembre 2024 et qui mentionne que la patiente a été suivie, de février 2016 à février 2018, pour trouble dépressif par lui-même et par le Dr B\_\_\_\_\_ et décrit une patiente « qui

prétexte une rechute dépressive depuis septembre 2024 suite à des tentatives de suicide de sa fille ». Dans la rubrique concernant les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, le psychiatre mentionne un trouble dépressif récurrent sévère qui existerait depuis le 19 septembre 2024. D'emblée, on peut constater que l'éventuelle rechute mentionnée par le psychiatre traitant aurait été déclenchée par un événement postérieur à la décision litigieuse, à savoir une tentative de suicide de sa fille, sans lien avec les précédents troubles psychiatriques allégués par la recourante et instruits par l'OAI. Partant, le trouble psychiatrique éventuel étant postérieur à la décision querellée et n'étant pas dans un rapport de connexité avec les troubles allégués dans le cadre de l'instruction du cas, la chambre de céans n'examinera pas ce grief.

### **E. 9.2**

En ce qui concerne les troubles somatiques, le médecin traitant de la recourante, la généraliste H\_\_\_\_\_, précise, dans son certificat médical du 25 octobre 2023, qu'il lui est difficile d'évaluer l'évolution et les modifications de l'état de santé de la patiente dès lors qu'elle ne suit pas cette dernière depuis longtemps, mais mentionne que celle-ci considère qu'il n'y a pas eu de bénéfices suite à l'opération neurochirurgicale de 2023. Au vu des douleurs lombaires, elle considère qu'une amélioration de l'état de santé à court et moyen terme est peu probable, mais ne peut pas se prononcer sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, en raison du fait qu'elle suit la patiente depuis peu de temps. Elle relève, toutefois, que les emplois occupés jusqu'à présent se sont révélés inadaptés car « trop physiques » et mentionne comme limitations fonctionnelles les difficultés lors de la station debout ou assise prolongée et des périodes d'exacerbation douloureuse limitant fortement la mobilisation. Le neurologue E\_\_\_\_\_, dans son certificat médical également daté du 25 octobre 2023, mentionne une capacité de travail de 100% en tenant compte des limitations fonctionnelles qui sont l'interdiction de port de charges de plus de 10 kg et du travail en position accroupie. Il explique également avoir pratiqué une décompression du canal lombaire étroit, en date du 25 novembre 2022, ce dernier

A/3090/2024 - 17/20 - s'étant amélioré par la suite et précise n'avoir plus revu la patiente après le 30 janvier 2023. Selon lui, les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont la maladie des segments adjacents avec sténoses sévères L3-L4 et L5-S1, avec une comorbidité, sous la forme d'une tendinite insertionnelle du petit fessier des deux côtés, sans signe de fissuration intra tendineuse et associée à une minime bursite pertrochantérienne bilatérale. Auparavant, un autre neurologue, le Dr G\_\_\_\_\_, a pratiqué un examen ENMG en date du 16 mars 2023 et confirme, selon le courrier du même jour adressé à la Dre H\_\_\_\_\_, que l'examen des membres inférieurs montre, comme seule anomalie à l'ENMG à l'aiguille, des signes de dénervation et réinnervation chronique dans le quadriceps gauche et conclut à l'existence d'éléments objectifs d'une atteinte nerveuse périphérique, radiculaire, d'importance modérée. Dans son rapport de consultation ambulatoire du 29 janvier 2024, l'orthopédiste I\_\_\_\_\_, note, comme diagnostic principal, une lésion radiaire de la corne postérieure du ménisque interne sur genu valgum à droite. Il déconseille la chirurgie et préconise un traitement conservateur avec de la physiothérapie et un suivi auprès des confrères rééducateurs à Beau-Séjour.

### **E. 9.3**

Le SMR, dans son rapport du 28 mai 2024 précédant la décision litigieuse, a pris en compte le certificat du Dr I\_\_\_\_\_ et considéré que la situation était stabilisée dès le 29 janvier

2024 dès lors qu'une intervention chirurgicale n'était pas envisagée et que le traitement conservateur était annoncé comme n'améliorant pas la situation. En se fondant sur ces éléments, le SMR a considéré que l'activité habituelle de nettoyeuse n'était pas adaptée mais que dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100%, dont il fallait déduire une baisse de rendement de 20% en lien avec les douleurs et la nécessité de changer de position assise et debout dans des activités qui respectaient les limitations fonctionnelles. Il a ainsi retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée et ceci dès le 29 janvier 2024. Il a considéré que la recourante pouvait exercer une activité sédentaire avec la possibilité d'alterner les positions assise/debout, pas de mouvements de rotation répétitifs, pas de marche prolongée, pas de position en porte-à-faux et flexion-extension du rachis, pas de travail à genoux et/ou accroupie, le port de charges de 10 kg occasionnel sur les deux membres supérieurs et de 4 kg pour des ports de charges répétés.

#### **E. 9.4**

L'examen des certificats médicaux fournis par les médecins traitants ne permet pas de retenir une capacité de travail réduite dans une activité adaptée. La Dre H\_\_\_\_\_ estime ne pas pouvoir se prononcer, en raison de la brièveté du suivi, le Dr E\_\_\_\_\_ retient une capacité de travail de 100%, le Dr G\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur la capacité de travail, pas plus que le Dr I\_\_\_\_\_. La chambre de céans considère que les limitations fonctionnelles retenues par le SMR de l'intimé correspondent à celles retenues par les médecins traitants de la recourante. S'y ajoute le fait que le SMR a pris en compte les douleurs et la

A/3090/2024 - 18/20 - nécessité de changer de position et en a déduit une baisse de rendement de 20%, ce qui n'est pas criticable. Il sied de rappeler que les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Aucun document médical communiqué par la recourante n'est de nature à infirmer l'appréciation du SMR de l'intimé. Ainsi, et contrairement à ce qu'allègue la recourante dans son courrier du 24 janvier 2025, les atteintes à la santé ont été dûment examinées par l'intimé, qui a mentionné que le Dr E\_\_\_\_\_ avait estimé la capacité de travail à 100%, en dépit de la présence d'une tendinite et que les troubles du ménisque mentionnés par le Dr I\_\_\_\_\_ avaient été pris en compte par le SMR, notamment pour en déduire une perte de rendement de 20% aboutissant à une capacité de travail dans une activité adaptée de 80%. À l'aune de ces éléments, la chambre de céans considère que l'instruction a été menée de manière complète et que la capacité de travail de la recourante, dans une activité adaptée, a été correctement estimée par l'intimé.

#### **E. 9.5**

S'agissant du calcul du revenu avec et sans invalidité, il n'est pas critiqué par la recourante. L'intimé s'est fondé sur le tableau idoine de l'ESS, avec une indexation selon l'indice suisse nominal des salaires pour l'année 2024, qui aboutit à un revenu sans invalidité de CHF 54'222.- à 100%. Puis, en tenant compte de la diminution de rendement de 20%, à quoi s'ajoute une réduction forfaitaire de 10% (abattement de 10% de l'art. 26 bis al. 3 RAI entré en vigueur le 1er janvier 2024), on aboutit à un salaire avec invalidité de CHF 39'040.-. Comparé à un revenu sans invalidité de CHF 49'186.-, la perte de gain est de CHF

10'146.-, ce qui correspond à une perte de gain, en pourcentage, pour la partie professionnelle, de 20.63%. Tenant compte d'une proportion de 80% dans la sphère professionnelle, on aboutit à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 16.5%, ce qui correspond au degré d'invalidité total, dès lors qu'il n'y a pas d'invalidité dans la sphère ménagère. Il résulte de ce qui précède que le calcul du taux d'invalidité effectué par l'intimé ne prête pas le flanc à la critique, de même que l'appréciation selon laquelle, en l'absence de handicap et au vu d'une perte de gain inférieur à 20%, le droit à l'aide au placement n'est pas ouvert.

### **E. 9.6**

On rappellera que 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

A/3090/2024 - 19/20 - preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 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 (Cst. - RS 101 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d). En l'état, la recourante a exercé son droit d'être entendue dans plusieurs écritures et l'audition du Dr K\_\_\_\_\_ n'est pas pertinente dans la mesure où les éventuels troubles psychiatriques sont postérieurs à la décision attaquée. Enfin, une expertise pluridisciplinaire ne s'impose pas dès lors que les certificats médicaux proviennent de spécialistes qui ont examiné la patiente et décrit soigneusement les troubles observés. Pour ces raisons, les actes d'instruction demandés par la recourante sont superflus, selon l'appréciation anticipée des preuves de la chambre de céans.

### **E. 10.1**

Compte tenu des éléments mentionnés supra, le recours est rejeté.

### **E. 10.2**

La recourante plaidant au bénéfice de l'assistance juridique, la chambre de céans renoncera à la perception d'un émolument (art. 69 al. 1bis LAI et 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/3090/2024 - 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.