

GE_GERICHTE ATAS/505/2015 vom 29. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_505_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/505/2015 du 29 juin 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/505/2015 del 29 giugno 2015

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

E. 2

Il convient en premier lieu d'examiner la recevabilité du recours. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme requise, il convient de vérifier s'il a été déposé dans le délai prévu par la loi. a. Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche. Le délai fixé par semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois. Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit. Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (cf. art. 38 à 39 LPGA et art. 17 LPA). Le délai légal ne peut être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA et 16 al. 1 LPA). En effet, la sécurité du droit exige que certains actes ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps : un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181). b. Selon la jurisprudence, une décision ou une communication de procédure est considérée comme étant notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Point n'est besoin que celui-ci ait eu effectivement en mains le pli qui contenait la décision. Il suffit ainsi que la communication soit entrée dans sa sphère de puissance de manière qu'il puisse en

A/982/2014 - 9/21 - prendre connaissance (ATF 122 III 319 consid. 4 et les références; GRISEL, Traité de droit administratif, p. 876 et la jurisprudence citée; KNAPP, Précis de droit administratif, 4ème éd., n° 704 p. 153; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., n°341 p. 123). Lorsque la notification intervient par pli recommandé, elle est réputée parfaite lorsque l'intéressé ou toute personne

qui le représente ou dont on peut légitimement penser qu'elle le représente (cf. ATF 110 V 37 consid. 3) a reçu le pli ou l'a retiré au guichet postal en cas d'absence lors du passage du facteur (ATFA non publié du 11 avril 2005, C 24/05 consid. 4.1). Lorsque l'envoi n'est pas retiré dans le délai de garde de 7 jours, il est réputé avoir été communiqué le dernier jour du délai (cf. ATF 117 V 131). Il n'y a pas de formalisme excessif à considérer que la fiction de la notification à l'échéance du délai de garde de sept jours est également applicable lorsque la poste, de sa propre initiative, accorde un délai de retrait plus long et que l'envoi n'est retiré que le dernier jour de ce délai ou lorsque cette prolongation procède d'une inadvertance d'un employé (ATF 127 I 34 consid. 2b). c. La preuve qu'un acte a été déposé en temps utile résulte en principe de la date de l'oblitération postale (ATF 109 Ia 183 consid. 3 b p. 184 ; arrêt 2C_711/2008 du

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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, 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 (art. 28 al. 2 LAI). 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).

A/982/2014 - 12/21 - 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

E. 8

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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. 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'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

A/982/2014 - 13/21 - 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'ESS (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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal

fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

E. 9

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents

A/982/2014 - 14/21 - personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

E. 10

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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 LPGGA), 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). Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu

A/982/2014 - 15/21 - de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). 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).

E. 11

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 ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). 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).

E. 12

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 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;

A/982/2014 - 16/21 - SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

E. 13

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. 14

Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que la décision du 12 juillet 2007 est le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité dans le cadre de la demande de révision du 26 avril 2013. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, qui comportait une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit. Conformément aux principes rappelés ci-dessus, l'intimé, fort de l'avis du SMR, après examen des documents médicaux produits par la recourante, émanant de son médecin traitant, est entré en matière sur la demande de révision, au motif que l'assurée avait ainsi rendu vraisemblable que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision en force.

E. 15

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI s'est fondé sur les documents recueillis du médecin traitant, le Dr D_____ qui, dans son avis initial, a exposé qu'entre 2006 et 2013 la recourante avait subi plusieurs épisodes neurologiques que l'on peut qualifier de poussées, avec des répercussions certes pas dramatiques, mais réelles, qui ne vont en tout cas pas dans le sens d'une amélioration de son état de santé. Il a considéré qu'une activité professionnelle supérieure à 50 % était délétère. Il constatait toutefois chez sa patiente un bon équilibre entre les prestations professionnelles qu'elle peut donner jusqu'à hauteur de 50 % mais son état de santé s'est tout de même aggravé de manière significative entre 2006 et 2013, malgré des précautions. L'état de fatigue, les difficultés de sensibilité étaient toujours au premier plan et justifient la réitération de l'appréciation d'une incapacité de travail de 50 %. Invité une première fois à actualiser les informations médicales, depuis mai 2013, il a précisé, en juillet 2013, que l'état de santé de la patiente s'était aggravé sans changement

dans les diagnostics. Il a noté à cet égard des troubles sensitifs aggravés de l'hémicorps gauche, hyperpathie. Fondé sur ce rapport, le SMR a estimé, comme le médecin traitant, que le taux maximum de capacité de travail auquel on pouvait prétendre, dans l'activité exercée par l'assurée, activité que l'on doit retenir comme adaptée, est de 50 %, les limitations fonctionnelles justifiant cette incapacité de travail étant la fatigabilité, liée à l'atteinte, et les troubles

A/982/2014 - 17/21 - sensitifs de l'hémicorps gauche. C'est sur cette base que la décision entreprise a été rendue, l'intimé ayant procédé à l'évaluation de l'invalidité en comparant les revenus sur la base de la méthode générale, applicable aux assurés actifs, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas, exposant elle-même dans ses écritures que sans invalidité elle aurait exercé une activité à 100 %. Les revenus avec et sans invalidité ont été pris en compte de la manière la plus précise, soit en se fondant sur les revenus réalisés, respectivement qu'elle aurait pu réaliser selon l'employeur dans l'activité d'esthéticienne, pendant la dernière année où cette profession a été exercée, en 2004. Et en ce qui concerne le revenu avec invalidité, il a été fixé sur la base de ceux ressortant des renseignements fournis par la recourante par rapport à son emploi actuel. La comparaison de ces revenus, respectivement la différence entre ceux-ci, a déterminé un taux d'invalidité de 29 %, ne donnant effectivement pas droit à une rente.

E. 16

Curieusement, dans ses premières écritures, la recourante prétend que l'évaluation de son incapacité de travail aurait été effectuée à la lumière de la statistique des salaires bruts standardisés, ce qui n'est pas exact. Probablement d'ailleurs qu'elle a soulevé ce grief pour faire valoir que l'intimé n'aurait pas pris en compte une déduction globale supplémentaire, laquelle ne se conçoit que dans la mesure où les salaires pris en compte seraient fondés sur la statistique. L'argument n'a d'ailleurs pas été repris par la suite. Quoi qu'il en soit ce grief est hors de propos.

E. 17

Toujours représentée par son premier conseil, elle a fait valoir que l'intimé n'aurait pas tenu compte de ses remarques avant de rendre sa décision sur opposition : elle prétend à cet égard que son revenu sans invalidité avait été sous-estimé par l'intimé, ce dernier ayant, selon elle, retenu en moyenne un revenu mensuel en 2004 de CHF 200.- inférieur à celui effectivement réalisé. Il s'avère toutefois qu'à teneur de la pièce manuscrite qu'elle a produite, comparant mois par mois de l'année 2004 les revenus effectivement réalisés avec ceux pris en compte par l'intimé, c'est au contraire l'intimé qui avait retenu un revenu supérieur à celui effectivement réalisé, ceci dans les proportions alléguées par la recourante.

E. 18

Elle a ensuite fait valoir que l'aggravation de son état de santé impliquait un taux d'invalidité d'en tout cas 40 %. Elle n'a toutefois apporté aucun élément susceptible de rendre vraisemblable, et encore moins à fonder, une telle affirmation.

E. 19

Dans un troisième grief, alors représentée par un nouveau conseil, la recourante a allégué, s'agissant de la détermination de son revenu sans invalidité, qu'en 2003, selon son certificat de salaire annuel, elle avait réalisé un salaire de CHF 42'759.- bruts, soit une moyenne de CHF 3'563.25 par mois. Elle explique que ce montant correspond au salaire fixe de CHF

2'800.- par mois auquel s'ajoutent les commissions qu'elle a pu réaliser malgré la diminution de sa capacité de travail et son taux d'occupation effectif à 50 %. Elle en déduit que sans cette incapacité de travail, elle aurait pu incontestablement réaliser un salaire nettement plus élevé compte tenu de l'augmentation de ses commissions. Cela n'est pas exact. Non seulement, s'agissant de la part fixe du salaire en 2003, elle se réfère au contrat de

A/982/2014 - 18/21 - travail de 2001, lequel prévoyait en effet une part fixe de CHF 2'800.- par mois, alors que le certificat annuel de salaire qu'elle produit montre qu'en 2003 la part fixe de son revenu avait été portée à CHF 2'900.- bruts par mois, montant qu'elle a effectivement touché chaque mois de l'année, ce qui correspond à une activité à 100 %, qui selon son contrat était déterminée à hauteur de 44 heures par semaine. S'agissant des commissions que son activité a générées, cette année-là, elle représente en effet un peu plus de CHF 600.- par mois en moyenne, étant précisé que, selon son contrat, il lui était garanti un minimum de CHF 600.- par mois à ce titre, ce dont elle a effectivement bénéficié en mars et avril 2003, mois pendant lesquels elle a subi sa dernière incapacité de travail, cette année-là, en raison d'une poussée de sa maladie. Certes, a posteriori, sur la base des documents médicaux produits, il s'est établi un consensus entre l'avis du médecin traitant et les médecins du SMR, pour admettre, a posteriori, et à l'époque (2005), que dans l'activité d'esthéticienne, on ne pouvait exiger raisonnablement une capacité de travail supérieure à 50 %. La recourante omet toutefois de dire que dans son rapport d'examen du 21 janvier 2005, qu'elle produit, le SMR relevait que la dernière poussée avait eu lieu en mars-avril 2003, et avait laissé des séquelles sous forme d'une faiblesse du membre supérieur gauche et de troubles sensitifs des membres supérieur et inférieur gauches, ajoutant : « il semble que l'assurée ait repris son travail, mais il est évident que celui-ci n'est plus adapté à l'état de santé de l'assurée, et qu'il le sera encore moins si d'autres poussées interviennent. C'est sur ces bases que le SMR concluait qu'il fallait admettre une incapacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle. Cette conclusion apparaissait toutefois théorique, par rapport à l'activité effectivement déployée encore par l'assurée, depuis la dernière poussée du printemps 2003, aussi théorique d'ailleurs que le pronostic du SMR, qui considérait à l'époque que des mesures professionnelles permettraient d'envisager une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité ne nécessitant pas des stations debout prolongées, éventuellement dans le secteur administratif, respectant les limitations fonctionnelles décrites. On a vu en effet par la suite que le reclassement professionnel n'a guère permis à l'assurée que de recouvrer une capacité de travail dans le domaine du secrétariat et de la réception, à hauteur de 50 % seulement. Dès lors que l'intimé a retenu un salaire moyen de CHF 3'660.- par mois, en 2004, soit légèrement plus que le revenu effectivement réalisé par l'assurée, cette année-là, sachant que la part fixe de son salaire, pendant ces dernières années de travail en tant qu'esthéticienne, était toujours de CHF 2'900.- par mois, il a en effet tenu compte de la part de commissions moyennes effectivement réalisées. Selon le certificat de salaire 2004, le salaire brut annuel réalisé, de CHF 41'978.- l'a été pour une activité à 100 %. Là encore, l'intimé se fondant sur les déclarations de l'employeur qui mentionnait qu'en 2004, l'assurée aurait pu prétendre à un revenu annuel de CHF 43'500.- (supérieur à celui effectivement réalisé), a fixé le revenu sans invalidité sur la base de ce montant qu'il a indexé à l'année 2012 au moyen de l'indice suisse nominal des salaires et ainsi fixé le montant pris en compte à CHF 48'406.-. Force est de constater que, contrairement à ce qu'allègue la

A/982/2014 - 19/21 - recourante, il a, à tout le moins de façon équitable, été pris en compte une capacité de gain de la recourante, incluant la part variable sous forme de commissions,

ceci dans une mesure que la chambre de céans considère comme probante, au degré de la vraisemblance prépondérante. À cet égard, la recourante n'apporte aucun élément susceptible de rendre vraisemblable qu'elle aurait pu effectivement réaliser des commissions largement supérieures, en tout état au point que cela eût pu avoir une incidence sur la comparaison entre les revenus avec et sans invalidité ; et déterminer ainsi un taux d'invalidité atteignant les 40 %, limite en deçà de laquelle l'assuré ne peut prétendre à une quelconque rente d'invalidité. Se fondant sur le principe de l'application anticipée des preuves, la chambre de céans ayant acquis la conviction que - pour autant que des mesures d'instruction fiables se conçoivent - celles-ci ne changeraient en rien l'issue du recours, elle n'ordonnera pas les mesures sollicitées par la recourante, soit l'audition de témoins éventuels, voire une expertise.

E. 20

La recourante a encore prétendu que son revenu sans invalidité devait être calculé en fonction des revenus qu'elle réalise actuellement dans son activité de secrétariat à 50 %, soit dans l'activité résultant de son reclassement et tenant compte des limitations dues à son état de santé, qui l'avaient empêchée de poursuivre son activité habituelle d'esthéticienne. Selon elle sa capacité de gain sans invalidité devrait être fixée en multipliant par deux son salaire actuel, soit $2 \times (\text{CHF } 34'481.85 - 50 \%)$, soit à hauteur de CHF 68'963.70 bruts. Au vu des principes légaux et des références de jurisprudence rappelés ci-dessus, il est évident qu'un tel raisonnement par rapport au mode de calcul ne peut en aucun cas entrer en considération dans le cadre de la détermination du revenu sans invalidité, comme relevé d'ailleurs à juste titre par l'intimé.

E. 21

Dans un dernier grief, la recourante invoque le fait que son médecin, dans son rapport du 1er juillet 2014, répondant aux questions posées par la chambre de céans, avait attesté d'une diminution de rendement - sans toutefois se prononcer sur le taux à retenir - de sorte qu'il convenait de la prendre en compte, le cas échéant après instruction sur ce point. La chambre de céans observe à cet égard que le médecin traitant, répondant à cette question, a tout d'abord rappelé qu'une aggravation de l'état de santé ne signifie pas nécessairement une diminution du taux de capacité de travail. S'agissant plus précisément de la diminution du rendement, il a indiqué qu'elle était évidente lorsqu'il y avait une atteinte cognitive, mais qu'elle n'est guère chiffrable tant elle est dépendante de l'état de fatigue quotidien et des variations d'un jour sinon d'une heure à l'autre. Non seulement cette considération est toute générale, mais ne va pas au-delà du principe, mais il convient également d'avoir l'esprit que cette observation s'inscrit dans le contexte de considérations concernant l'évolution de la situation très récente, remontant à ce moment-là à un mois environ, soit postérieurement à la date de la décision entreprise. Dans ce contexte, la recourante, interrogée par la chambre de céans, en comparaison personnelle, a elle-même indiqué qu'elle ne pouvait

A/982/2014 - 20/21 - définir de façon précise ni chiffrer ce que l'on peut considérer comme une baisse de rendement dans son travail, car cela dépend des jours et surtout de sa fatigue. Elle a déclaré qu'il ressortait d'une évaluation récente de la part de son employeur que sa supérieure hiérarchique la sentait parfois fatiguée, et qu'il en résultait quelques erreurs dans son travail. Elle a toutefois confirmé que son employeur, la Fondation C_____, se montre humain et compréhensif par rapport à une baisse de régime qu'elle peut parfois subir. Elle a d'ailleurs précisé lors de cette audition qu'en dépit du fait que l'aggravation de son état de

santé avait entraîné une incapacité de travail totale pendant plusieurs mois en 2014, cette période étant révolue aujourd'hui, elle n'avait entrepris aucune démarche nouvelle auprès de l'OAI, du moment que la durée de son incapacité totale ne pouvait pas être considérée comme durable. Il ressort donc de ce qui précède que l'éventuelle baisse de rendement, variable et ponctuelle, n'est dans l'état actuel des choses ni constante ni de nature à réduire, encore plus qu'elle ne l'est déjà, la capacité de travail de la recourante. La fatigabilité et les troubles sensitifs dont la recourante est affectée dans l'hémicorps gauche constituent déjà les limitations fonctionnelles prises en compte dans la réduction de sa capacité de travail. Sans perdre de vue la nature invalidante évolutive de la maladie dont souffre la recourante, la chambre de céans considère qu'au moment où la décision entreprise a été rendue, l'intimé n'avait aucun motif de prendre en compte complémentirement une baisse de rendement dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, d'autant qu'à ce jour, l'aggravation heureusement momentanée de son état de santé dans le courant de l'année 2014 ne semble plus d'actualité, selon la recourante elle-même. Ainsi, si malheureusement, dans l'avenir, cet aspect devait véritablement affecter sa capacité de travail de façon durable dans le cadre d'une nouvelle aggravation de son état de santé, elle aurait la possibilité de demander une réévaluation de la situation à l'OAI. Ce grief, comme les précédents, n'est donc pas fondé.

E. 22

En tous points mal fondés, le recours est rejeté. La recourante, déboutée, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGa).

E. 23

Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

A/982/2014 - 21/21 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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