

GE_GERICHTE ATAS/583/2020 vom 13. Juli 2020

GE Cour de justice, 2020-07-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_583_2020

FR: GE_GERICHTE ATAS/583/2020 du 13 juillet 2020

IT: GE_GERICHTE ATAS/583/2020 del 13 luglio 2020

Erwägungen

E. 6

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/2618/2019 - 9/21 - celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

E. 7

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). 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. 8

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

A/2618/2019 - 10/21 - 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; 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. a. 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). b. 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 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201; 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). c. 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

A/2618/2019 - 11/21 - violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). d. 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. 9

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. 10

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

A/2618/2019 - 12/21 - 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. 11

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. 12

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 (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; ATF 122 V 157 consid. 1d).

E. 13

En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé une instruction médicale insuffisante, et sollicite préalablement la mise en place d'une expertise médicale comportant les spécialités de rhumatologie et de psychiatrie. L'intimé observe à cet égard que pour déterminer la capacité fonctionnelle de la recourante, une expertise médicale comportant un volet de médecine interne, de psychiatrie et de rhumatologie avait été effectuée à la CRR (rapport d'expertise du 30 juillet 2017). Il y a donc lieu de déterminer dans un premier temps si l'on peut accorder une pleine valeur probante à ce rapport d'expertise pluridisciplinaire, ceci au vu des principes jurisprudentiels rappelés ci-dessus.

A/2618/2019 - 13/21 - La chambre de céans rappelle en premier lieu que l'OAI avait mis en place cette expertise via la plateforme informatique SuisseMED@P désignant de manière aléatoire les centres d'expertises liés à l'office fédéral des assurances sociales par une convention (art. 72bis RAI). À l'instar de toute expertise médicale, ces expertises pluridisciplinaires doivent être confiées à des médecins indépendants, établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes,

ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et il faut que les experts aboutissent à des résultats convaincants. Tel a bien été le cas en l'espèce. Tous les aspects de l'état de santé de l'assurée ont été examinés par les spécialistes reconnus qui ont été désignés soit : le docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne générale (expert principal), la doctoresse H_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en rhumatologie, et le docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cette expertise (après consilium), et les examens spécialisés (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie) sont tous basés sur une pleine connaissance du dossier, une anamnèse complète, prennent en compte les plaintes de l'assurée, les examinateurs ayant de plus recueilli tous éléments complémentaires qui leur paraissaient nécessaires. Ils ont procédé personnellement à l'examen clinique de l'expertisée, dans le cadre duquel ils ont relevé les constatations objectives ressortant de leur examen; ils se sont prononcés sur les diagnostics qu'ils retenaient ou ne retenaient pas, au terme d'une discussion motivée aboutissant à des conclusions convaincantes, exemptes de contradictions. Ils ont en outre discuté du cas dans le cadre d'un consilium (entretien de synthèse) leur permettant ainsi, de répondre à toutes les questions posées dans le cadre de leur mission (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). a. Au final, un seul diagnostic ayant une incidence sur la capacité de travail a été retenu, soit dans le domaine rhumatologique, celui de lombalgies non spécifiques (M54.5); les autres diagnostics retenus, sans effet sur la capacité de travail, relevant notamment des aspects psychiatriques et des autres volets de médecine interne (hors rhumatologique). L'experte rhumatologue a relevé en effet que ce sont les lombalgies qui n'avaient plus permis à l'assurée de poursuivre son activité de femme de ménage. Ses douleurs, décrites comme permanentes et aggravées par les efforts, la position statique prolongée, n'ont pas d'irradiation aux membres inférieurs. L'experte indique que lors de l'examen, l'assurée a également décrit des talalgies plantaires récurrentes, de survenue récente, associées à des fourmillements; elle décrit finalement aussi des douleurs plus diffuses, thoraciques ou abdominales, aggravées par le stress. L'experte relève toutefois que pendant la durée de l'examen, il n'a été observé aucune expression douloureuse à la position assise prolongée et une mobilité spontanée fluide. Elle retient qu'en dépit du parasitage de l'examen et de la présence de signes de Waddell, tous présents pour la lombalgie, l'examen ne relève qu'une discrète limitation de la mobilité du rachis lombaire. Au final, l'experte ne retient comme diagnostic avec effet sur la capacité

A/2618/2019 - 14/21 - de travail que des lombalgies non spécifiques qui justifieraient une baisse de rendement de 30 % dans l'activité (habituelle) de femme de ménage. En revanche, dans une activité (adaptée) n'imposant pas le port de plus de 10 kg, les positions statiques prolongées au-delà d'une heure, et les mouvements en porte-à-faux du rachis, l'exigibilité - partant la CT - serait complète. Ces conclusions sont claires, motivées, exemptes de toute contradiction. Du reste ni les médecins traitants ni la recourante elle-même, dans le cadre du recours, n'ont d'une quelconque manière contesté l'appréciation de la Dresse H_____. La chambre de céans estime donc que ce rapport est pleinement probant, aucun indice ressortant du dossier, de l'argumentation de la recourante ou des documents médicaux produits sur recours, ne permettant de retenir que l'experte aurait omis de tenir compte d'un élément important susceptible de faire naître le moindre doute sur sa fiabilité. Certes, la recourante produit à l'appui de sa réplique un rapport médical de son médecin traitant, qui évoque surtout sous forme de liste, des antécédents médicaux : mais ceux-ci, tous connus et pris en compte par les experts de la CRR, n'ont pas de conséquences actuelles sur la CT, ce que le médecin traitant ne prétend d'ailleurs pas. Il retient en revanche le diagnostic de

fibromyalgie, à la suite de ce diagnostic posé par la rhumatologue à qui le médecin traitant a adressé sa patiente pour une consultation spécialisée. Il convient à cet égard de relever que le bref rapport adressé par la spécialiste au médecin traitant ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle indique avoir retenu le diagnostic de fibromyalgie, en se basant sur la clinique et sur les examens complémentaires, mais elle ne donne pas de motif et justification complémentaire pour retenir ce diagnostic plutôt que celui retenu par l'experte de la CRR, d'état douloureux chronique diffus (R52.2) retenu par la Dresse H_____. La Dresse E_____ ne fait d'ailleurs pas la moindre allusion à l'expertise en cause. Elle indique bien plutôt avoir expliqué le diagnostic à la patiente, mais n'avoir pas introduit pour l'instant de traitement médicamenteux, dans la mesure où l'intéressée se disait mieux, uniquement avec un traitement associant physiothérapie et hydrothérapie ainsi que l'application de chaleur au niveau du rachis. Ainsi, ce diagnostic (fibromyalgie), formellement nouveau, dans la mesure où il n'avait pas été évoqué avant la décision entreprise, ne paraît en tout cas pas constituer une aggravation de l'état de santé de la patiente, par rapport à l'époque de l'expertise (2017), voire au moment où a été rendue la décision litigieuse - dès lors que la recourante a elle-même indiqué à la rhumatologue se sentir soulagée grâce à la physio/hydrothérapie et l'application de chaleur (rachis). Ainsi cette problématique douloureuse était déjà connue de l'expert, et le diagnostic non incapacitant retenu à l'époque était une autre manière de décrire les douleurs chroniques non objectivables jugées non incapacitantes. À supposer au demeurant que l'on doive tenir compte du diagnostic de fibromyalgie, cela constituerait un élément nouveau, postérieur à la décision entreprise, et devant conduire au dépôt d'une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. b. Quant à l'aspect psychiatrique, la chambre de céans constate que sous cet angle l'expertise de la CRR, et en particulier l'examen personnel auquel a procédé le A/2618/2019 - 15/21 - Dr I_____ sont pleinement convaincants : le rapport d'expertise, - après consilium - (page 12 2ème paragraphe et suivants) relève que l'expert a longuement repris l'anamnèse personnelle, - notamment par rapport à la problématique du stress post-traumatique évoquée par la recourante et son médecin traitant - l'expert ayant retenu le contexte de la guerre civile et de la vendetta familiale à laquelle l'expertisée a été confrontée : il évoque notamment le fait que l'assurée a assisté au meurtre de son oncle, et à des scènes de guerre, que sa vie en Suisse a ensuite été marquée par des souffrances successives en particulier avec ses maris successifs qui se sont montrés physiquement violents. Mais il retient qu'elle a pu assumer la charge de trois de ses enfants, seule, que les plaintes douloureuses ne sont pas au premier plan et que l'état douloureux chronique diffus, - dont il était question ci-dessus -, associé à une attitude démonstrative, ne trouve pas de justification psychiatrique. L'expert retient encore que l'assurée a relaté ses rêves nocturnes, qui sont le symptôme de la persistance d'un état de stress post-traumatique de faible intensité, retenu comme diagnostic sans impact sur la CT. Il relève également que s'agissant de la lignée dépressive, l'assurée a connu un premier épisode probable de dépression authentique en 2003, après la séparation de son premier conjoint. Au jour de l'expertise, l'assurée se présentait toutefois comme vive, volubile, à la pensée non ralentie, qui restait structurée. Il n'y avait aucun ralentissement perceptible. L'assurée décrit sa vie quotidienne comme active. Elle conserve une vie sociale avec quelques baisses de l'humeur et crises d'angoisse occasionnelles. S'il y avait pu y avoir un épisode dépressif dans le passé, il ne persistait aujourd'hui qu'un trouble anxieux et dépressif réactionnel, largement en rémission. L'expert psychiatre de conclure ainsi qu'il n'était donc pas retenu de pathologie grave chez cette assurée qui est tout de même forte, stable, équilibrée, capable d'assurer activement la

gestion de ses enfants et de son ménage. Ses ressources de personnalité ne sont donc pas épuisées, elle dispose encore de ressources pour surmonter les difficultés de sa vie privée. Elle ne reçoit pas de traitement psychotrope. L'expert ne voyait pas vocation à un traitement antidépresseur. En revanche, il estimait que la psychothérapie en cours devait être maintenue et si possible intensifiée. Ainsi et contrairement à ce que la recourante laisse entendre dans ses écritures de recours et de réplique, il n'y a pas non plus d'éléments dans son argumentation, encore moins dans les documents médicaux produits (étant observé que son médecin traitant généraliste évoque les diagnostics psychiatriques incapacitants, mais il n'est pas un spécialiste en psychiatrie). Les circonstances ayant généré un état de stress post-traumatique, n'ont pas été ignorées par l'expert pas plus qu'aucun autre élément évoqué, sur recours, par la recourante. Ainsi, c'est à juste titre que le SMR, suivi par l'OAI dans la décision entreprise, a retenu une pleine valeur probante à l'expertise de la CRR, dont il a repris à son compte les conclusions dans la décision entreprise. c. Ainsi, pour toutes ces raisons, et conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, il n'y a pas lieu d'envisager une nouvelle expertise, dans le cas d'espèce, la situation médicale de l'intéressée ayant été instruite à satisfaction,

A/2618/2019 - 16/21 - l'expertise de la CRR et ses conclusions ayant à juste titre été prises pour base de l'évaluation ayant conduit à la décision entreprise.

E. 14

Dans un second grief, la recourante reproche à l'intimé de ne pas préciser, dans la décision entreprise, comment il a calculé le revenu sans atteinte à la santé ni celui avec atteinte à la santé, sans compter qu'il n'indique pas quel travail elle pourrait exercer, alors qu'elle n'a jamais exercé d'activité professionnelle; le revenu qu'on lui attribuerait serait purement hypothétique. On rappellera qu'à l'issue d'un précédent recours, la chambre de céans avait, par arrêt du 9 juillet 2018 (ATAS/634/2018), annulé la décision de l'OAI du 23 février 2018, et renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, en l'occurrence pour déterminer le statut d'assurée de la recourante et déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité, pour fixer le taux d'invalidité. Il convient donc d'examiner si l'intimé a respecté le cadre de l'instruction complémentaire déterminé par l'arrêt du 9 juillet 2018.

E. 15

La chambre de céans observe, tout d'abord, quand bien même cela n'est plus contesté dans le cadre du présent recours, que l'OAI avait bien instruit, conformément à ce qui était prévu dans l'arrêt de la chambre de céans, le statut d'assurée de la recourante, retenant le statut d'active, soit celui d'une personne exerçant une activité lucrative à plein temps (100 %); ceci conformément au questionnaire rempli et signé par l'assurée le 18 décembre 2018, qui a indiqué que, sans atteinte à la santé, elle exercerait toujours une activité lucrative au même taux d'occupation que celui qui était le sien dans sa dernière activité de femme de chambre, (exercée de 1998 à fin décembre 2013).

E. 16

S'agissant dès lors de la détermination du degré d'invalidité, - 2ème aspect de l'instruction complémentaire à laquelle l'OAI devait procéder -, 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). 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).

A/2618/2019 - 17/21 - 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 (arrêts 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

E. 17

Force est de constater, dans le cas d'espèce, que l'intimé, comme il l'a d'ailleurs expliqué dans le projet de décision puis dans la décision entreprise du 11 juin 2019, a rigoureusement appliqué les principes définis ci-dessus. C'est en effet à juste titre que l'intimé, retenant, sur la base de l'extrait de compte individuel de la recourante (pièce 10, dossier intimé) l'absence d'une situation professionnelle stable avant l'atteinte à la santé, a pris pour base de la détermination du revenu sans invalidité, l'ESS 2014, année de la naissance du droit, et appliqué la même base de données pour déterminer le revenu avec invalidité, la recourante n'ayant en effet plus repris d'activité depuis 2014; ce qu'elle ne conteste d'ailleurs pas non plus: dans son recours, elle prétend même n'avoir « jamais exercé d'activité professionnelle » de sorte que le revenu qu'on lui attribuerait serait purement hypothétique. Quant au taux de réduction appliqué au salaire statistique dans la fixation du revenu avec invalidité, selon la jurisprudence précédemment citée, 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). En l'espèce, le taux de 10 % sur le maximum de 25 % possible, appliqué par l'intimé à l'abattement supplémentaire en question, échappe à toute critique, et apparaît ainsi conforme au droit.

E. 18

Au vu de ce qui précède, le recours, entièrement mal fondé, sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, dans le contexte de l'objet du litige (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique

A/2618/2019 - 21/21 - (art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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.