

GE_GERICHTE A/416/2015 vom 23. Februar 2016

GE Cour de justice, 2016-02-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_416_2015

FR: GE_GERICHTE A/416/2015 du 23 février 2016

IT: GE_GERICHTE A/416/2015 del 23 febbraio 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1965, de nationalité marocaine, sans formation professionnelle certifiée, est arrivée en Suisse en 1992. Divorcée et mère d'un enfant né en 2001, elle perçoit des prestations de l'Hospice général. 2. Le 11 juin 2014, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant de violentes crises d'asthme, survenant de manière récurrente depuis 1993. Elle a joint à sa demande : - divers certificats d'arrêt de travail du docteur B_____, spécialiste FMH en pneumologie et médecine interne générale, couvrant la période de juillet 2012 à avril 2014 ; - un jugement du Tribunal de première instance de Genève du 19 octobre 2009, dont il ressort qu'elle a divorcé de Monsieur A_____, que l'autorité parentale et la garde de sa fille lui ont été attribuées, et que son ex-époux lui verse mensuellement CHF 300.- à titre de contribution à l'entretien de l'enfant. 3. Le 8 juillet 2014, l'Hospice général a indiqué à l'OAI que l'assurée avait travaillé en dernier lieu à 100 % comme employée polyvalente en EMS jusqu'au 5 juillet 2004, activité qu'elle avait exercée dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal de douze mois. Elle s'était annoncée auprès de l'Hospice en juin 2007 mais en raison de ses crises d'asthme, qui s'étaient amplifiées depuis trois ans, aucune mesure de réinsertion professionnelle n'avait pu être mise en œuvre. 4. Dans un rapport transmis à l'OAI le 15 juillet 2014, le Dr B_____, qui suit l'assurée depuis 1995, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'asthme sévère avec syndrome de Widal, et, sans incidence sur celle-ci, de tabagisme et de douleurs abdominales fonctionnelles chroniques. L'assurée avait été totalement incapable de travailler depuis le 27 octobre 2009, mais elle pouvait désormais reprendre à plein temps une activité sans exposition à la poussière, port de charges, montées d'échelles, position assise, debout, accroupie ou à genoux prolongée. 5. Le 30 septembre 2014, l'OAI a posé au Dr B_____ des questions complémentaires. Par pli du 17 octobre 2014, ce médecin a répondu que l'assurée souffrait depuis 2009 d'un asthme sévère, mais que ses crises avaient diminué de manière spectaculaire grâce à un traitement anti-IgE prescrit en février 2011. Désormais, elle présentait seulement des poussées d'asthme occasionnelles, trois à quatre fois par année. Une pleine capacité de travail pouvait être attestée depuis environ deux ans dans toute activité adaptée ne nécessitant pas d'effort soutenu et prolongé. Les limitations fonctionnelles retenues dans son précédent rapport ne découlaient pas d'une pathologie rhumatologique mais bel et bien de l'atteinte respiratoire. Il a joint un rapport établi le 11 novembre 2011 par le

Dr C _____, chef du Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des Hôpitaux universitaires de Genève, faisant état d'une révision chirurgicale d'éthmoïdectomie gauche (opération des sinus). 7. Le 7 novembre 2014, le Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), se fondant sur les rapports du Dr B _____, a conclu que l'assurée avait été incapable de travailler depuis le 27 octobre 2009, puis avait recouvré en 2012 une pleine capacité de travail dans toute activité physiquement peu astreignante, sans exposition à la poussière, à l'humidité, à la fumée et aux aérosols, port de charges ou montée d'échelle. Il a souligné que la fonction pulmonaire était actuellement normale et que les crises d'asthme avaient considérablement diminué grâce au traitement prescrit en 2011. Quant à l'opération d'éthmoïdectomie pratiquée en novembre 2011, elle ne justifiait pas d'incapacité de travail durable. 8. Le 14 novembre 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de refus de prestations. Cette dernière s'y est opposée. 9. Par décision formelle du 9 janvier 2015, l'OAI a confirmé son refus d'accorder toute prestation. Faisant siennes les conclusions du SMR, il a retenu que l'assurée bénéficiait d'une capacité de travail nulle depuis le 27 octobre 2009 dans la dernière activité exercée d'employée en EMS, mais entière dès 2012 dans toute activité adaptée à ses limitations. Son degré d'invalidité, calculé sur la base d'une comparaison des gains et tenant compte d'un abattement de 10 % sur le revenu d'invalidé (au vu des limitations fonctionnelles), s'élevait aussi à 10 %, taux insuffisant pour ouvrir un droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. 10. Par acte du 6 février 2015, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre cette décision en concluant, sous suite de dépens, préalablement à son audition et à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, principalement à l'annulation de la décision attaquée et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle était totalement incapable de travailler et d'accomplir ses tâches ménagères depuis 2004 en raison de crises d'asthme avec syndrome de Widal, de douleurs rhumatologiques et d'un état dépressif fluctuant. Âgée de 50 ans, elle n'avait suivi aucune formation professionnelle, souffrait de limitations fonctionnelles importantes, et ne disposait que de modestes connaissances de la langue française, ce qui l'empêchait de mettre en valeur sa capacité de gain. Elle a déploré une instruction insuffisante du dossier, arguant que l'OAI aurait dû mettre en œuvre une expertise au vu de la complexité de ses atteintes, et requérir l'avis de son médecin généraliste. Elle contestait également la déduction de 10 % opérée sur le revenu d'invalidé et se prévalait d'un abattement de 25 %, eu égard à ses limitations ne lui permettant que des activités légères, à sa nationalité et au « taux d'occupation ». Par ailleurs, il lui paraissait surprenant que l'intimé se soit fondé sur un statut d'actif et n'ait pas ordonné d'enquête ménagère. En définitive, elle estimait avoir droit à une rente entière d'invalidité. 11. Dans sa réponse du 2 mars 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il a contesté toute instruction insuffisante, rétorquant que l'assurée n'avait pas évoqué d'atteinte rhumatologique ou psychique avant son recours et qu'elle n'avait pas mentionné d'autre médecin que son pneumologue dans sa demande de prestations. En l'absence de rapport divergent émanant des médecins-traitants, c'était à juste titre qu'il s'était fondé sur les conclusions du SMR. S'agissant de la méthode d'évaluation de l'invalidité, il s'était fondé sur un statut d'actif puisque la recourante avait exercé sa dernière activité lucrative à plein temps, qu'elle était divorcée et que sa fille était scolarisée. Quant à l'abattement, il l'avait fixé à 10 % au vu des limitations fonctionnelles, seul critère pertinent en l'espèce. La nationalité étrangère ne justifiait aucune réduction supplémentaire du revenu d'invalidé, car l'assurée était arrivée en Suisse en 1992. Il en

allait de même de son âge, éloigné de la limite fixée par la jurisprudence, et de son absence de formation professionnelle. Il n'appartenait au demeurant pas à l'assurance-invalidité de prendre en charge une incapacité de gain résultant d'autres facteurs qu'une atteinte à la santé. Enfin, il avait refusé l'octroi de mesures d'ordre professionnel, faute d'aptitude subjective. En effet, l'assurée ne s'estimait pas en mesure de les suivre alors que les rapports figurant au dossier témoignaient de sa capacité de travail. 12. La recourante a répliqué le 30 mars 2015, en sollicitant derechef la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. 13. L'intimé a dupliqué le 13 avril 2015, en persistant dans ses conclusions. 14. Par courriers du 30 novembre 2015, la chambre de céans a posé au Dr B_____ des questions complémentaires et invité la recourante à lui transmettre un rapport de son médecin généraliste. 15. Les 4 et 17 décembre 2015, la recourante a répondu que le Dr B_____ était non seulement son pneumologue mais aussi son médecin généraliste. Elle avait également consulté un psychiatre. Elle a transmis : - deux rapports du Dr B_____ datés des 7 et 9 décembre 2015. Depuis mai 2014, grâce à une amélioration de son asthme et de ses douleurs abdominales, elle avait recouvré sa capacité de travail dans toute profession exercée en position assise, sans effort ni exposition à la pollution ou à la poussière. Un emploi de secrétaire ou de réceptionniste pouvait être envisagé, mais des connaissances insuffisantes en lecture et orthographe rendaient difficiles des recherches d'emploi en ce sens. Depuis février 2015, un nouveau traitement avait permis d'améliorer encore le contrôle de l'asthme. Quant aux douleurs abdominales, elles résultaient d'un syndrome de l'intestin irritable, lequel ne justifiait pas d'incapacité de travail durable ; - une attestation du 8 décembre 2015 établie par la doctoresse D_____, psychiatre. Elle certifiait avoir suivi l'assurée du 12 mai au 1^{er} octobre 2015 pour un trouble d'adaptation avec réaction anxio-dépressive sévère. Très déprimée et angoissée, sa patiente se plaignait d'une fatigue, de troubles de la concentration et de la mémoire. Elle pleurait, se dévalorisait, n'avait pas confiance en elle, vivait de manière isolée et n'avait pas de loisirs. Elle ne parvenait plus à faire face à sa vie quotidienne. Un traitement antidépresseur avait permis une certaine amélioration, mais elle demeurait incapable de travailler en raison de son état de santé psychique et somatique, notamment de l'asthme. 16. Dans ses écritures complémentaires du 12 janvier 2016, l'OAI a maintenu ses conclusions en rejet du recours. Il a observé que le suivi psychiatrique de la Dresse D_____ avait duré moins de cinq mois et qu'elle s'était fondée exclusivement sur les plaintes de l'assuré. Quant au dernier rapport du Dr B_____, il confirmait une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée en tout cas depuis le 1^{er} mai 2014. Il a joint un avis actualisé du SMR du 4 janvier 2016, relevant que la Dresse D_____ ne suivait plus l'assurée depuis octobre 2015 et ne faisait état d'aucune limitation

psychique. 17. Le 11 février 2016, la recourante a rétorqué que si son asthme s'était effectivement amélioré depuis mai 2014, son traitement de cortisone avait cependant provoqué des douleurs abdominales chroniques et une cataracte de l'œil gauche, de sorte qu'elle subirait prochainement une intervention chirurgicale. Sur le plan psychiatrique, elle avait seulement diminué la fréquence de ses entretiens avec la Dresse D_____, mais n'avait pas cessé de la consulter. Au vu de sa symptomatologie dépressive, de son asthme et des effets secondaires liés à la cortisone, une expertise judiciaire pluridisciplinaire lui paraissait nécessaire. Enfin, elle persistait dans son argumentation tendant à la prise en compte d'un abattement de 25 %.

Elle a joint un certificat du 8 février 2016 établi par le Dr D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, confirmant qu'une chirurgie de la cataracte était nécessaire. Cette atteinte résultait apparemment du traitement de cortisone.

18. Cette écriture a été transmise pour information à l'OAI.

Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. a. 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 1^{er} 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.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI, cf. notamment art. 69 LAI). Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences, peu élevées, de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). La recourante est touchée par la décision attaquée et a un intérêt digne de protection à son annulation. Elle a donc qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

c. Partant, le recours sera déclaré recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

3. 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 1^{er} janvier 2008).

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).

4. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en

fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé 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). Lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 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; 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 7. 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).

!endif]>![if> 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 LPG), 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. 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 des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 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 LPG) 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). Ces rapports 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 de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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).

8. a. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés. Dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (art. 61 let. c LPG). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut raisonnablement être exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves. Le devoir du juge de constater les faits pertinents ne dispense donc pas les parties de collaborer à l'administration des preuves en donnant des indications sur les faits de la cause ou en désignant des moyens de preuve (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références ; 128 III 411 consid. 3.2 ; 130 I 184 consid. 3.2).> Autrement dit, si la maxime inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, elle ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à son adverse partie (ATF 124 V 375 consid. 3). Au demeurant, il n'existe 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 322 , consid. 5a). b. 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; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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). c. 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; 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; 122 V 157 consid. 1d). 9. En premier lieu, la recourante conteste implicitement le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité en reprochant à l'intimé de ne pas avoir mis sur pied une enquête ménagère. À titre liminaire, on rappellera que la recourante, âgée de 49 ans lors du prononcé de la décision litigieuse et sans formation professionnelle, est arrivée en Suisse en 1992. Elle a travaillé à Genève dès 1993 pour le compte de divers employeurs, en dernier lieu à 100 % jusqu'au 5 juillet 2004 comme employée polyvalente dans un établissement médico-social, en continuant toutefois à percevoir son salaire jusqu'en mars 2005, selon son extrait de compte individuel AVS. Elle s'est ensuite inscrite au chômage, apparemment à 100 % au vu du montant des indemnités journalières qu'elle a touchées de mars 2005 à octobre 2006. De son union avec son ex-époux est issue une fille, âgée de 13 ans, dont elle assume la garde. Depuis juin 2007, l'assurée et sa fille dépendent de l'aide sociale. Son ex-mari contribue à l'entretien de sa fille par le versement d'une pension mensuelle de CHF 300.-. La chambre de céans constate que la recourante a exercé sa dernière activité lucrative à plein temps, qu'elle s'est inscrite au chômage, est en âge de travailler et ne dispose d'aucune ressource hormis la modeste pension de CHF 300.- que lui verse son ex-mari pour sa fille. Eu égard à la situation économique précaire de l'assurée, à son parcours professionnel et à son âge, il paraît hautement vraisemblable que sans atteinte à la santé liée à l'asthme, elle aurait continué à travailler à plein temps afin de subvenir par ses propres moyens à son entretien et à celui de sa fille. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut d'active et a déterminé son degré d'invalidité sur la base de la méthode ordinaire de comparaison des revenus. L'assurée ne soulève pas le moindre argument qui permettrait de remettre en question le choix de cette méthode d'évaluation de l'invalidité. Corollairement, l'office n'avait aucune raison d'ordonner une enquête ménagère, étant rappelé qu'une telle enquête permet d'évaluer l'invalidité des assurés qui n'exerçaient pas d'activité lucrative avant d'être atteints dans leur santé, ce qui n'est précisément pas le cas en l'espèce (art. 5 al. 1 LAI, en corrélation avec les art. 28a al. 2 LAI et 27 RAI). 10. Il convient à présent de se prononcer sur la capacité de travail. a. Faisant siennes les conclusions de son service médical, elles-mêmes fondées sur celles du Dr B_____, l'intimé considère que la recourante bénéficie, depuis mai 2014 au plus tard, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. De son côté, la recourante se prévaut d'une incapacité de travail totale, résultant de crises d'asthme avec syndrome de Widal, de douleurs rhumatologiques, abdominales et d'un état dépressif. b. Dans ses différents

rapports, le Dr B_____, pneumologue et médecin généraliste de l'assurée depuis 1995, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'asthme sévère avec syndrome de Widal, et, sans incidence sur celle-ci, de tabagisme et de douleurs abdominales fonctionnelles chroniques. Il a exposé que l'assurée avait été totalement incapable de travailler depuis le 27 octobre 2009, mais que ses crises d'asthme avaient diminué de manière spectaculaire grâce à un traitement anti-IgE prescrit en février 2011, de sorte qu'elle ne présentait désormais plus que des poussées d'asthme occasionnelles, trois à quatre fois par année. En mai 2014, elle avait bénéficié d'une amélioration subséquente de son asthme et de ses douleurs abdominales, suivie d'une nouvelle amélioration en février 2015 avec l'introduction d'un nouveau traitement. Il a conclu à une pleine capacité de travail depuis mai 2014 dans toute activité adaptée, moyennant le respect de certaines limitations ayant trait notamment à l'exposition à la poussière, à la pollution et aux efforts soutenus prolongés. Il a précisé que ces limitations découlaient de l'asthme et non d'une pathologie rhumatologique. Par ailleurs, les douleurs abdominales, qui résultaient d'un syndrome de l'intestin irritable, ne justifiaient aucune incapacité de travail durable. c. La recourante ne conteste pas la valeur probante des rapports établis par son propre médecin, et ne met pas en évidence d'omission susceptible de la remettre en cause. Bien qu'un léger doute subsiste sur le point de savoir si c'est depuis 2012 ou mai 2014 que l'assurée bénéficie, selon son médecin-traitant, d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée, cette question peut souffrir de rester indéterminée puisque cette dernière a quoi qu'il en soit recouvré sa capacité de travail avant le dépôt de sa demande. Partant, il n'existe a priori aucune raison de remettre en cause les conclusions motivées du Dr B_____. d. L'allégation selon laquelle la recourante souffrirait d'une incapacité de travail totale n'est pas démontrée. À l'appui de sa thèse, elle invoque de fortes douleurs abdominales. Toutefois, ces douleurs ne sont pas considérées par le Dr B_____ comme incapacitantes et rien ne laisse penser qu'elles puissent l'être, puisqu'elles sont apparemment traitées au moyen d'antalgiques classiques. e. L'assurée se prévaut, pour la première fois au stade du recours, de douleurs rhumatologiques et d'un état dépressif. La chambre de céans relève que les douleurs rhumatologiques invoquées ne sont pas documentées, les rapports transmis par l'assurée ne faisant état d'aucune atteinte de cette nature. Sur le plan psychiatrique, cette dernière a certes produit une attestation de la Dre D_____ mentionnant une incapacité de travail en lien avec un trouble de l'adaptation et une réaction anxio-dépressive sévère. Cependant, force est de constater que ce document se rapporte à la période courant du 12 mai au 1^{er} octobre 2015, donc postérieure à la décision litigieuse. Or, le juge appelé à se prononcer sur la légalité d'une décision rendue par une assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision attaquée a été rendue. Les faits survenus postérieurement, qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b). Quoi qu'il en soit, la valeur probante de ce bref rapport psychiatrique est sujette à caution : il se borne à énumérer les plaintes de l'assurée, ne contient aucune description clinique et atteste d'un suivi de quatre mois et demi, durée qui paraît de prime abord insuffisante pour qu'une appréciation fiable de la capacité de travail soit donnée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_144 2010 du 10 décembre 2010, consid. 4.1). f. L'assurée allègue également, pour la première fois dans son écriture du 11 février 2016 qu'elle souffre d'une cataracte de l'œil gauche, certificat ophtalmologique à l'appui. À nouveau, le certificat qu'elle invoque se rapporte à une période postérieure à la décision litigieuse. Il ne mentionne au demeurant pas d'incapacité de travail. On ne voit donc pas quel argument elle pourrait en tirer dans le

cadre de la présente procédure. g. Au vu de ce qui précède, les conclusions du Dr B_____ et du SMR emportent la conviction de la chambre de céans, de sorte que celle-ci retiendra, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante est totalement incapable d'exercer son ancienne activité d'employée en EMS depuis le 27 octobre 2009, mais qu'elle est en revanche capable d'exercer à plein temps toute activité respectant les limitations retenues par le SMR et ce, depuis le 1^{er} mai 2014 au plus tard. 11. Il convient à présent de se prononcer sur le degré d'invalidité et partant, sur le droit à une rente d'invalidité.!

a. Depuis le 1^{er} mai 2014, la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans toute profession adaptée à ses limitations. L'intimé a déterminé qu'elle présentait un degré d'invalidité de 10 % en se fondant, pour le revenu sans invalidité et le revenu d'invalidé, sur la même table statistique (Enquête suisse sur la structure des salaires 2012, tableau TA1, niveau 4, femme, compte tenu d'un taux d'activité de 100 % et d'un horaire de travail hebdomadaire de 41.7 heures). Il a ensuite opéré une déduction de 10 % sur le revenu d'invalidé afin de tenir compte de ses limitations fonctionnelles, obtenant ainsi un revenu sans invalidité de CHF 52'282.- et un revenu d'invalidé de CHF 47'054.-.

b. La recourante ne conteste pas la fixation de ses revenus avec et sans invalidité sur une base statistique, méthode qui ne prête quoi qu'il en soit pas le flanc à la critique, dans la mesure où elle n'a pas repris d'activité lucrative depuis plusieurs années et où le revenu réalisé dans sa dernière activité était largement inférieur aux normes de salaires usuelles.

c. En revanche, elle soutient que l'intimé aurait dû opérer un abattement de 25 % sur son revenu d'invalidé, compte tenu de ses limitations, de sa nationalité étrangère et de son « taux d'occupation ». La chambre de céans relève toutefois que cette question n'est pas déterminante pour trancher la question litigieuse, car si l'on opérait la déduction sollicitée sur son revenu d'invalidé, son degré d'invalidité s'élèverait à 25 % ($100 \times (52'282 - 39'211 / 52'282)$), taux qui resterait insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité.

d. En tout état de cause, aucun élément ne justifie de s'écarter du taux d'abattement de 10 % retenu par l'intimé : les limitations fonctionnelles de la recourante, liées à l'asthme, ont déjà été prises en compte et paraissent au demeurant modestes, puisqu'elles consistent essentiellement à éviter les activités physiquement astreignantes ainsi que l'exposition aux poussières. Son âge – 49 ans lors du prononcé de la décision litigieuse – ne peut pas être considéré comme un facteur la contraignant à mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail à des conditions économiques plus défavorables que la moyenne. Sa nationalité étrangère ne constitue pas non plus un élément justifiant une réduction supplémentaire du revenu d'invalidé, attendu qu'elle est titulaire d'une autorisation d'établissement et que les salaires statistiques sont établis en fonction de la population résidente aussi bien suisse qu'étrangère (arrêts du Tribunal fédéral 9C_160/2014 du 30 juin 2014, consid. 5.2 ; I 700/04 du 17 janvier 2006, consid. 4.3.3). Enfin, le critère du taux d'occupation partiel n'entre pas en ligne de compte s'agissant d'une assurée capable d'exercer à plein temps toute activité adaptée à ses limitations.

e. Depuis le mois de mai 2014, la recourante présente un degré d'invalidité de 10 %. Ce taux, inférieur à 40 %, ne lui donne pas droit au versement d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI).

f. Pour le surplus, elle ne conclut pas à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, à juste titre, puisque son degré d'invalidité n'atteint pas le seuil minimal de 20 % permettant l'octroi d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). 12. Dans la mesure où plusieurs atteintes ont été invoquées pour la première fois au stade du recours, on précisera que si la recourante estime que son état de santé s'est péjoré dans une mesure notable depuis le 9 janvier 2015, date de la décision litigieuse, il lui est loisible de déposer une nouvelle demande auprès de

l'OAI, accompagnée de certificats et rapports médicaux. ![/endif]>[/if> 13. Les pièces versées au dossier permettent de statuer sur le droit à une rente d'invalidité. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire, que ce soit sous la forme d'une comparution personnelle ou d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire, par appréciation anticipée des preuves. ![/endif]>[/if> Un renvoi du dossier à l'autorité inférieure ne se justifie pas davantage. En effet, la recourante n'a pas été en mesure de produire d'élément probant corroborant l'incapacité de travail dont elle se prévaut, de sorte qu'elle doit en supporter les conséquences, sans qu'un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire ne se justifie (arrêt du Tribunal fédéral I 294/02 du 20 novembre 2002).

14. Mal fondé, le recours est rejeté. ![/endif]>[/if> Bien que la procédure ne soit pas gratuite (art. 69 al. 1bis 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; RS E 510.03). * * * 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.