

GE_GERICHTE A/4568/2017 vom 10. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4568_2017

FR: GE_GERICHTE A/4568/2017 du 10 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/4568/2017 del 10 luglio 2018

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN 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), née le _____ 1961, ressortissante colombienne, a exercé auprès de plusieurs employeurs la profession de femme de ménage et garde d'enfants entre 1996 et 2010.![endif]>![if> 2. L'assurée a été incapable de travailler à 100% du 1 er avril 2010 au 16 février 2011 pour des motifs ne ressortant pas du dossier. ![endif]>![if> 3. De 2011 à 2013, elle n'a pas exercé d'activité lucrative (cf. comptes individuels).![endif]>![if> 4. Par ailleurs, depuis le 1 er février 2011, l'assurée est suivie par l'Hospice général.![endif]>![if> 5. Le 15 novembre 2013, en raison d'une lésion de la coiffe des rotateurs à gauche, au dépens du tendon sus-épineux, d'un conflit sous-acromial, d'une tendinopathie et d'une instabilité postérieure du long chef du biceps ainsi que d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche symptomatique, l'assurée a subi une arthroscopie au cours de laquelle le docteur B_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une ténotomie du long chef du biceps, une réinsertion de la coiffe supérieure, une acromioplastie et la résection du centimètre externe de la clavicule.![endif]>![if> 6. En raison de cette atteinte, l'assurée a été incapable de travailler à 100% du 15 novembre 2013 au 20 février 2015.![endif]>![if> 7. Dans son rapport du 3 décembre 2014, le Dr B_____ a fait état d'amplitudes articulaires complètes et d'une coiffe des rotateurs compétente. L'assurée pouvait donc reprendre progressivement toutes ses activités, en limitant toutefois celles s'exerçant au-dessus de la tête.![endif]>![if> 8. Le 29 janvier 2015, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée avait tenté de reprendre une activité professionnelle mais que cela s'était modérément bien passé. L'assurée s'estimait capable de travailler à 50%. Il lui avait expliqué qu'il ne pouvait pas « éternellement signer des arrêts de travail » et l'avait renvoyée vers l'assurance-invalidité si l'activité professionnelle n'augmentait pas rapidement. Pour le médecin précité, l'assurée devait effectuer une recherche d'emploi adapté.![endif]>![if> 9. Le 1 er février 2016, l'assurée a déposé, auprès de l'office de l'assurance-invalidité de Genève (OAI) une demande de prestations en raison d'une atteinte, non précisée, existant depuis le 1 er avril 2010. Les incapacités de travail susmentionnées, soit celle du 1 er avril 2010 au 16 février 2011 à 100% et celle du 15 novembre 2013 au 20 février 2015, toujours à 100%, étaient notamment évoquées dans la demande.![endif]>![if> 10. En date du 26 février 2016, l'assurée a notamment expliqué à son assistante sociale qu'elle souhaiterait travailler mais qu'en raison de ses problèmes de genoux et des épaules, cela n'était pas possible (cf. formulaire de l'Hospice général daté du 26 février 2016).![endif]>![if> 11. À teneur d'un courrier que le Dr B_____ a adressé à l'OAI le 30 mai 2016, l'assurée était suivie pour une problématique au niveau des épaules.

Si celle opérée en novembre 2013 avait très bien évolué par la suite, tel n'était pas le cas de l'épaule opérée en 2008, concernant laquelle l'assurée ressentait encore des douleurs accompagnées d'un léger manque de force. C'était cette atteinte qui avait conduit au dépôt de la demande de prestations, l'assurée ayant tenté de prendre une activité de gouvernante, qui avait dû être interrompue en raison des douleurs. Pour le Dr B_____, l'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité n'impliquant pas de travail prolongé au-dessus du plan des épaules et avec un port de charge occasionnel, limité à 5kg. L'activité de gouvernante n'était ainsi plus adaptée, au contraire d'une activité d'employée de bureau.![endif]>![if> 12. Par courrier du 14 juin 2016 destiné à l'OAI, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a expliqué que l'assurée souffrait de gonalgies gauches depuis des années. Celles-ci avaient justifié une arthroscopie pratiquée par le docteur D_____, spécialiste FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, en 2013, sans bénéfice, l'assurée continuant à ressentir d'importantes douleurs à la pression du condyle interne. S'y ajoutait une lésion de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche, ayant justifié l'intervention électorale en 2013. L'assurée souffrait en outre d'une enthésopathie calcifiante à l'insertion du tendon d'Achille du pied gauche, de pieds plats avec des hallus valgus débutants et Morton du 3^{ème} espace des deux côtés ayant justifié des supports plantaires avec appui rétro-capital en 2011 et enfin des rachialgies chroniques surtout de l'étage lombaire (discopathie protrusive L4-L5 gauche au contact de la racine L5 gauche).![endif]>![if> 13. Le 9 mars 2017, le Dr B_____ a rappelé les atteintes pour lesquelles il avait opéré l'assurée. L'épaule gauche handicapait cette dernière depuis 2008 mais elle n'était devenue invalidante qu'en 2013, raison pour laquelle une intervention avait été pratiquée. Compte tenu des antécédents au niveau des épaules, l'activité envisagée devait limiter l'usage des deux membres supérieurs et notamment le port de charge (entre 2 et 5 kg maximum), le travail au-dessus des épaules et le travail répétitif des deux membres supérieurs. L'activité de gouvernante n'était dès lors plus adaptée.![endif]>![if> 14. Les pièces rassemblées ont été soumises au service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) qui a considéré dans son avis du 14 juin 2017, sous la plume du docteur E_____, médecin praticien, que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans l'activité habituelle et ce depuis la seconde intervention chirurgicale au niveau de l'épaule. En revanche, depuis le mois de décembre 2014, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, respectant strictement les limitations fonctionnelles suivantes : activité limitant l'utilisation des membres supérieurs, avec limitation du port de charge (entre 2 et 5 kg maximum) et le travail au-dessus de l'horizontal, limitant le maintien de la position penchée en avant en porte-à faux et les mouvements répétitifs avec contrainte en flexion/extension et rotations. ![endif]>![if> 15. L'OAI a examiné le statut de l'assurée et a considéré, dans une note interne datée du 15 juin 2017, qu'il convenait de retenir un statut de ménagère pour les motifs suivants : selon les comptes individuels, les revenus étaient très bas, ce qui laissait penser que le taux d'activité devait également l'être. Par ailleurs, elle avait cotisé en tant que personne sans activité lucrative de 2011 à 2013.![endif]>![if> 16. Une enquête ménagère à domicile a été effectuée le 28 août 2017. Il en ressort notamment que l'assurée vivait seule dans un studio, situé en ville et à proximité des transports publics et des commerces. ![endif]>![if> Avant l'atteinte, l'assurée gérait son ménage, effectuait ses courses et préparait ses repas normalement. Elle faisait également son ménage sans aide. Il en allait de même de la lessive et du repassage. Ses enfants étaient adultes et elle n'avait pas d'autre activité particulière. Depuis son atteinte, l'assurée continuait à organiser son ménage seul. Elle pouvait toujours

préparer des petites choses simples. Cependant, elle ne pouvait porter des casseroles trop lourdes et évitait de devoir ranger la vaisselle et les ustensiles. Elle entretenait sa cuisine au fur et à mesure après chaque repas. L'infirmière avait donc retenu un empêchement en raison du manque de mobilité des deux épaules et de la restriction pour monter le bras en hauteur et effectuer les grands nettoyages de la cuisine. L'assurée entretenait son logement petit à petit. Elle n'utilisait pas l'aspirateur mais un chiffon sur un manche qui prenait la poussière et qu'elle utilisait ensuite pour humidifier le sol. Elle ne faisait pas de grand nettoyage ni les vitres. Son fils l'aidait deux fois par année pour ces travaux. L'assurée pouvait nettoyer les sanitaires en prenant son temps mais elle n'était pas capable de frotter longtemps la salle de bains, raison pour laquelle elle nettoyait le lavabo tous les jours et la baignoire à chaque fois qu'elle prenait un bain. Elle faisait son lit sans aide et attendait la visite de sa sœur ou de sa fille pour changer les draps. Les courses étaient faites souvent afin que l'assurée n'ait pas à porter des sacs lourds. Les paiements et les papiers étaient gérés par son fils. Elle faisait la lessive petit à petit en prenant son temps. Elle ne pouvait toutefois plus repasser, raison pour laquelle l'infirmière a retenu un empêchement. L'assurée voyait ses petits-enfants trois fois par semaine lorsqu'ils venaient la voir. Enfin, elle était en mesure d'arroser les géraniums sur son balcon, en prenant un petit récipient et en faisant souvent les trajets pour aller chercher l'eau. En raison de ces limitations, l'infirmière a retenu un taux d'empêchement de 25% (aucune exigibilité n'étant prise en considération, l'assurée vivant seule dans son appartement), soit : Travaux Exigibilité en % Pondération en % Empêchement en % Empêchement pondéré Conduite du ménage

E. 5

% 0 % 0 % Exigibilité 0 % 0 % 0 % Alimentation 45 % 20 %

E. 9

% Entretien du logement 20 % 60 % 22 % Exigibilité 0 % 60 %

E. 12

% Emplettes et courses diverses 10 % 0 % 0 % Exigibilité 0 % 0 % 0 % Lessive et entretien des vêtements 20 % 20 % 4 % Exigibilité 0 % 20 % 4 % Soins aux enfants ou aux autres membres de la famille 0 % 0 % 0 % Exigibilité 0 % 0 % 0 % Divers 0% 0 % 0 % Exigibilité 0% 00% 0 % Total des champs d'activité 100 % Total de l'exigibilité retenue 0 % Total – empêchement pondéré sans exigibilité 25 % Total – empêchement pondéré avec exigibilité 25 % S'agissant du statut, l'infirmière a laissé le soin au gestionnaire du dossier de se prononcer, étant précisé que l'assurée lui avait indiqué qu'en bonne santé, elle travaillerait pour subvenir à ses besoins comme elle l'avait toujours fait. Elle avait fait des ménages et du baby-sitting sans avoir déclaré son travail. 17. Par projet de décision du 29 août 2017, confirmé le 16 octobre 2017, l'OAI a informé l'assurée qu'il ne reconnaissait pas son droit à une rente, les empêchements rencontrés, évalués à 25%, étant insuffisants pour lui donner droit à des prestations d'invalidité. 18. Par écriture du 16 novembre 2017, complétée le 15 janvier 2018, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours contre la décision du 16 octobre 2017, concluant, sous suite de frais et dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à l'annulation de la décision querellée et à la constatation de son droit à une rente, dont le taux serait déterminé par les conclusions de l'expertise, subsidiairement à son droit à une rente entière pour le mois de novembre 2014 et, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause à l'OAI pour nouvelle décision au sens des considérants. À l'appui de ses conclusions, la recourante a notamment

considéré que les pièces du dossier divergeaient en ce qui concernait la capacité résiduelle de travail. Ni les médecins traitants ni le SMR ne motivaient leur appréciation de la capacité de travail. Partant, il convenait de mettre en œuvre une expertise. Si l'avis du SMR devait être retenu tel quel, une rente pour le mois de novembre 2014 serait quoi qu'il en soit due. S'agissant du statut, il convenait de retenir qu'elle avait dû cesser son activité habituelle de femme de ménage en raison de son état de santé, et plus particulièrement des douleurs ressenties aux deux épaules. Par conséquent, il convenait de retenir un statut d'actif. 19. L'OAI (ci-après : l'intimé) a répondu en date du 13 février 2018 et a conclu au rejet du recours. L'incapacité de travail de la recourante avait commencé en 2013 et à ce moment-là, elle ne travaillait plus depuis deux ans. C'était donc à juste titre qu'il avait retenu un statut de personne non active (ménagère). L'enquête ménagère avait conclu à un empêchement de 25%, ce qui se confondait avec le degré d'invalidité et qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Au demeurant, et dans tous les cas, le Dr B_____ avait retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Ainsi, même avec la méthode de comparaison des revenus, le degré d'invalidité aurait été nul, compte tenu des faibles revenus réalisés par la recourante. 20. La recourante a produit sa réplique en date du 20 mars 2018 et a considéré que les médecins traitants étaient d'avis qu'elle était capable de travailler à 50% seulement. L'appréciation du SMR n'était, quant à elle, pas motivée. En outre, l'incapacité de 25% retenue par l'OAI dans la sphère ménagère était contradictoire avec la capacité résiduelle de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles et avec le constat de l'incapacité de travailler en tant que gouvernante. Pour la recourante, « on ne saurait affirmer que l'incapacité ménagère (...) ne serait que de 25% quand le métier de gouvernante, soit un métier de l'économie domestique où les tâches sont semblables, n'est plus exigible ». Par ailleurs, c'était en raison des douleurs aux deux épaules que l'assurée avait cessé son activité professionnelle dès 2011. Elle aurait ainsi continué à travailler si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. S'agissant de l'évaluation de l'invalidité, la recourante a relevé qu'elle avait travaillé de 1996 à 2010 chez plusieurs employeurs, ce qu'elle aurait continué à faire si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé. De ce fait, elle était soumise à la législation cantonale sur le contrat-type de travail dans l'économie domestique. Son salaire mensuel aurait ainsi dû être de CHF 4'509.-, étant donné qu'elle avait plus de 5 ans d'ancienneté dans son poste. En prenant en considération un abattement de 25% en raison de son âge, de la pratique de la langue, des limitations liées à son handicap, à sa nationalité, etc., c'était à tort que l'intimé avait conclu à un degré d'invalidité nul. 21. Dans sa duplique du 10 avril 2018, l'intimé a relevé que les anciennes activités prises en considération étaient celles de femme de ménage et aide de cuisine, assez exigeantes, lesquelles avaient été considérées comme inadaptées à compter du mois de novembre 2013. Cette appréciation était ainsi parfaitement compatible avec les empêchements de 25% retenus dans le ménage, lequel comprenait de nombreuses activités qui n'étaient pas exigeantes physiquement et qui ne sollicitaient pas de mouvements des bras en hauteur ou le port de charges. S'agissant du début de l'incapacité de travail, il remontait au 15 novembre 2013 et non pas en 2011. Enfin, les éléments invoqués par la recourante s'agissant de la comparaison des revenus ne correspondaient pas à la réalité et n'étaient dès lors pas convaincants. 22. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 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. 2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA). 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, singulièrement sur la détermination de son statut et les empêchements résultants de son atteinte à la santé. 5. a. 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). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité d'accomplir les travaux habituels à la capacité de gain; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats, ainsi que toute activité artistique ou d'utilité publique (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI ; art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]). 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; ATAS/502/2017 du 20 juin 2017 consid. 4b). b. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie-rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49%, de 50 à 59%, de 60 à 69% ou de 70% ou plus (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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b). 6. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut déterminer quelle méthode d'évaluation de l'invalidité appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Un assuré appartient à l'une ou l'autre des trois catégories précitées en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Il faut tenir 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 personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). La volonté hypothétique de l'assuré doit être prise en considération ; son établissement soulève toutefois la difficulté qu'elle constitue un fait interne, qui ne saurait être considéré comme établi par la seule déclaration de l'assuré qu'à défaut d'atteinte à la santé il aurait exercé une activité lucrative à tel ou tel taux ; il faut qu'il puisse se déduire d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral I.693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1). La question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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). 8. En l'espèce, l'intimé a retenu un statut de ménagère principalement au motif que la recourante a cotisé en tant que personne sans activité lucrative entre 2011 et 2013. Elle ne travaillait ainsi déjà plus au début de l'incapacité de travail ayant conduit au dépôt de la demande de prestations. Pour sa part, la recourante explique qu'elle n'a pas repris d'activité lucrative en raison de son atteinte. Certes, comme le soulève l'intimé, la recourante n'a pas travaillé

entre 2011 et 2013. Cela ne suffit toutefois pas pour considérer qu'elle a cessé toute activité par convenance personnelle. En effet, selon la demande de prestations, l'assurée sollicite le versement d'une rente en raison d'une atteinte dont la nature n'est pas précisée mais qui remonte au 1^{er} avril 2010. Or, cette date coïncide avec la première incapacité de travail, celle présentée du 1^{er} avril 2010 au 16 février 2011. Il n'est ainsi pas exclu que son état de santé ne lui ait pas permis de reprendre son activité habituelle à l'issue de son incapacité de travail. Par ailleurs, dans son formulaire destiné à l'Hospice général, elle a expliqué qu'elle aurait exercé une activité professionnelle si elle ne souffrait pas de ses deux épaules, ce qu'elle a confirmé lors de l'enquête ménagère. Il existe ainsi un doute quant aux motifs pour lesquels la recourante a cessé toute activité professionnelle dès 2011. Dans un tel cas, la logique voudrait que la cause soit renvoyée à l'OAI pour instruction complémentaire sur le statut de la recourante. Cependant, pour des motifs d'économie de procédure, la chambre de céans renoncera au renvoi, dès lors que même si l'on devait retenir un statut d'active comme le souhaite la recourante, le recours devrait tout de même être rejeté et ce pour les motifs suivants.

9. a. Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi faut-il, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

b. En l'espèce, se référant aux appréciations du Dr B_____, le SMR retient une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Pour la recourante, l'appréciation du SMR ne correspond pas aux pièces du dossier, étant donné que le Dr B_____ ne se prononce pas sur sa capacité de travail et que la Dresse C_____ retient une capacité de travail de 50% seulement. Force est tout d'abord de constater que, contrairement à ce que prétend la recourante, le Dr B_____ a expressément retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée dans son courrier du 30 mai 2016 (« nous retenons une capacité de 100%

mais sans travail prolongé au-dessus du plan des épaules et avec un port de charge occasionnel limité à 5kg, ceci depuis 2009. Au vu de ces limitations, l'activité de gouvernante n'est pas envisageable. Une activité telle qu'employée de bureau serait par exemple indiquée ». Certes, dans son courrier du 9 mars 2017, le médecin précité n'a plus quantifié la capacité de travail de la recourante. Cependant, dans la mesure où ses conclusions sont superposables à celles du 30 mai 2016 et qu'aucune aggravation n'est mentionnée, on peut considérer que la capacité de travail dans une activité adaptée est la même et qu'elle est de 100%. Quant à la Dresse C_____, elle n'a en réalité fait que se référer à un courrier du Dr B_____, daté du 25 janvier 2015, dans lequel ce médecin a évoqué une capacité de travail de 50%. Cela étant, cette appréciation a été actualisée le 30 mai 2016. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que le SMR – et partant l'OAI – a retenu une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Au demeurant, la recourante n'a pas fourni la moindre appréciation médicale qui contredirait les conclusions du SMR. Bien plus, elle a elle-même indiqué dans la demande de prestations qu'elle avait présenté une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 février 2015 seulement, aucune incapacité subséquente, même à 50%, n'étant mentionnée. 10. Reste à déterminer le degré d'invalidité.!

a. 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). Selon l'art. 29 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente d'invalidité prend naissance six mois après le dépôt de la demande. b. 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). c. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre

pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées).

d. 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. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre

significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGa), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGa, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGa) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). f. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 11. a. Contrairement à ce que retient la recourante, le droit à la rente aurait pris naissance le 1^{er} août 2016 au plus tôt, soit six mois après le dépôt de la demande conformément à l'art. 29 LAI. C'est donc à cette date qu'il convient de procéder à la comparaison des revenus. b. Avant l'incapacité de travail ayant mené au dépôt de la demande, le 1^{er} février 2016, la recourante ne travaillait pas. En d'autres termes, elle n'a pas repris d'activité professionnelle à l'issue de son incapacité de travail, le 17 février 2011. La chambre de céans ne peut dès lors se fonder sur le dernier salaire réalisé. Dès lors qu'il n'est pas impossible que la recourante n'ait pas pu reprendre d'activité professionnelle en raison de son état de santé, il convient de déterminer son revenu sans invalidité sur la base des données statistiques résultant de l'Enquête sur la structure des salaires (ESS), publiée tous les deux ans par l'Office fédéral de la statistique. Cela étant, l'enquête précitée porte sur les salaires réalisés dans l'ensemble de la Suisse et le canton Genève prévoit l'application impérative d'un contrat-type de travail pour les travailleurs de l'économie domestique. Dans de telles circonstances, il y a lieu de s'écarter des dites ESS et d'appliquer les dispositions du contrat-type précité. Ainsi, selon ce

document, un employé qualifié avec notamment une expérience de 5 ans, tels que les cuisiniers/cuisinières, gouvernantes notamment, aurait perçu, en 2016, un salaire de CHF 4'434.-, 12 fois l'an, soit un salaire annuel de CHF 53'208.-. c. La recourante n'a pas repris son activité depuis le dépôt de la demande, de sorte que le revenu d'invalidité doit être évalué sur la base des ESS. En raison du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de production et des services, il y a lieu d'admettre qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et sont donc adaptées aux handicaps fonctionnels de la recourante et il convient dès lors de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa et annexe à la lettre circulaire AI n° 328). Ainsi, selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2014, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 1) était de CHF 4'300.-, soit un montant annuel de CHF 51'600.-. Comme les salaires standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2016 (41,7 heures), ce montant doit être porté à CHF 53'793.- par an. Indexé conformément à l'indice suisse des salaires (ISS), le salaire annuel de la recourante se serait élevé à CHF 54'494.- en 2016. Même en retenant un abattement de 25% comme le requiert la recourante, le degré d'invalidité aurait été de 23% ($[53'208.- - 40'870.-] : 53'208.- \times 100 = 23.18 \%$), ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. 12. Il ressort de ce qui précède que le degré d'invalidité de la recourante, que celle-ci ait le statut de ménagère ou d'active, est dans tous les cas inférieur aux 40% nécessaires pour lui ouvrir le droit à une rente. Dans ces conditions, le recours sera rejeté. 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, le recourant 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]). 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.