

GE_GERICHTE A/4651/2017 vom 6. Juni 2019

GE Cour de justice, 2019-06-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_4651_2017

FR: GE_GERICHTE A/4651/2017 du 6 juin 2019

IT: GE_GERICHTE A/4651/2017 del 6 giugno 2019

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Roman SEITENFUS 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), d'origine turque, naturalisée suisse, née en _____1963, mère de deux enfants nés en 1979 et 1981, est arrivée en Suisse en 1984 et a travaillé à plein temps, à compter de décembre 1986, comme agent de propreté aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG). 2. En février 2004, l'assurée, invoquant des douleurs dorsales, a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 25 avril 2006, confirmée sur opposition le 5 juillet 2006. Ces décisions ont été rendues à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport rédigé le 25 mars 2004 par le docteur B_____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, se fondant sur les rapports de nombreux confrères consultés à son instigation, qui a expliqué que sa patiente souffrait de lombalgies chroniques avec radiculopathie S1 droite et problème d'instabilité L4-L5 depuis 1998, atteinte qui avait entraîné, depuis 1999, plusieurs arrêts de travail, dont le dernier avait débuté, à 50%, le 13 janvier jusqu'au 2 août 2003, puis à 100% jusqu'au 2 novembre 2003, puis à nouveau à 50% jusqu'en novembre 2003, date depuis laquelle l'assurée était en arrêt complet ; selon le médecin traitant, les atteintes empêchaient sa patiente de reprendre son métier, mais autorisaient l'exercice d'une profession adaptée (alternance des positions, sauf accroupie, agenouillée ou en inclinaison du buste; port de charges supérieures à 2 ou 4 kg prohibé), telle qu'ouvrière dans la gestion de petits stocks ou dans la petite manutention, à un taux d'occupation qu'il fallait encore évaluer (rapports des 20 et 25 mars 2004) ; - une première expertise sollicitée par l'OAI vu l'absence de véritable corrélation entre l'ampleur des plaintes et leur traduction clinique constatée par son service médical régional (SMR), par le docteur C_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, qui, dans son rapport du 3 février 2005, a conclu à un tableau de douleurs chroniques persistantes sans explication organique autre qu'une discrète instabilité lombaire et une discopathie L4-L5, ne justifiant ni incapacité de travail, ni limitation fonctionnelle objective bien marquée ; - une seconde expertise, réalisée par la doctoresse D_____, spécialiste en psychiatrie et psychologie, qui, dans son rapport du 30 janvier 2006, a conclu à un épisode dépressif léger sans répercussion sur la capacité de travail et à l'absence, sur les plans psychique et mental, de limitation de la capacité de travail ; - un courrier adressé le 3 juillet 2006 au Dr B_____ par le docteur E_____, mentionnant que l'IRM était pratiquement dans les limites de la normale ; il se demandait s'il ne fallait pas chercher du côté des hanches, la source des douleurs aux membres inférieurs droits n'étant de toute évidence pas rachidienne. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des

assurances sociales (TCAS) - alors compétent - l'a rejeté par arrêt du 8 novembre 2006 (ATAS/1003/2006), confirmé à son tour par le Tribunal fédéral (cf. arrêt I 1084/06 du 26 novembre 2007). 3. En mai 2012, l'assurée, invoquant des douleurs lombaires et cervicales, une sciatique droite et une tristesse, a déposé une nouvelle demande de prestations, sur laquelle l'OAI, par décision du 27 août 2012, l'OAI a refusé d'entrer en matière. Son médecin traitant avait soutenu sa démarche en versant au dossier : - une attestation du 2 mai 2012 indiquant que sa patiente souffrait d'une affection du système ostéoarticulaire (rachis) invalidante et d'un état dépressif chronique important pour lesquels elle était suivie depuis 1997 ; selon lui, elle était dans l'incapacité totale d'exercer sa profession de nettoyeuse, surtout en raison de son état dépressif, qualifié d'important ; - un rapport rédigé le 31 mai 2012, s'insurgeant du premier refus de prestations opposé à sa patiente en 2006 de « façon inadmissible et incompréhensible » ; selon le médecin-traitant, l'assurée était toujours dans l'incapacité totale de travailler (algies et état dépressif grave, avec adynamie, aboulie, anhédonie et plaintes algiques très intenses) ; les activités quotidiennes étaient interrompues par l'asthénie et les douleurs ; l'assurée avait de la peine à faire son ménage ; Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 27 février 2013 (ATAS/215/2013). Au vu des rapports médicaux versés au dossier, elle a considéré que, sur le plan physique, aucune aggravation objective n'était démontrée et que, sur le plan psychique, si l'état dépressif s'était péjoré (il était désormais qualifié de moyen et non plus léger), il n'était pas suffisamment grave, en termes d'acuité et de durabilité, pour permettre de reconnaître un caractère invalidant à la symptomatologie douloureuse à laquelle ce caractère avait été nié en 2006. 4. Le 2 mai 2016, l'assurée a redéposé une nouvelle demande de prestations, en invoquant un accident vasculaire cérébral survenu le 28 février 2016. À l'appui de sa demande, l'assurée a notamment produit un certificat de travail rédigé le 31 octobre 2012 par les HUG, confirmant qu'elle y avait travaillé jusqu'à ce qu'elle ne puisse plus assumer sa fonction, le 10 février 2005. Elle a également produit un rapport rédigé le 25 mai 2016 par la docteure F_____, du service de neuro-rééducation des HUG, confirmant qu'elle avait été victime, en date du 28 février 2016, d'un AVC hémorragique intra-parenchymateux frontal gauche ayant occasionné une totale incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée ; l'assurée se déplaçait depuis lors en fauteuil roulant. 5. A été versé au dossier l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'assurée, dont il ressort que son salaire a régulièrement augmenté aux HUG entre 1987 (CHF 39'258.-) et 2004 (CHF 71'044.-). Cet extrait confirme que l'assurée a été rémunérée par les HUG jusqu'en février 2005. 6. Interrogée par l'OAI, l'assurée a brièvement répondu, par courrier reçu le 5 juillet 2016, qu'elle ne touchait aucun revenu depuis de nombreuses années, ni aucune aide, que ce soit sous forme d'indemnités perte de gain, de chômage ou d'accident et qu'elle ne dépendait que du maigre revenu de son époux, en retraite anticipée. 7. Le 21 juillet 2016, l'OAI a accepté la prise en charge des frais de remise en prêt d'un fauteuil roulant manuel, d'une part, des frais d'une planche de bain, d'autre part. 8. Dans un rapport du 2 décembre 2016, le professeur G_____, médecin adjoint au service de neuro-rééducation des HUG, a indiqué que l'état de l'assurée était resté stationnaire. Au diagnostic d'AVC hémorragique intra-parenchymateux frontal gauche avec petite hémorragie sous-arachnoïdienne (HSA) s'en étaient ajoutés d'autres depuis lors : une crise épileptique le 29 juillet 2016, un vertige positionnel au paroxysme, mais bénin, apparu sur chute le 27 septembre 2016, des omalgies droites avec signes de capsulite et de conflit sous-acromial de bonne évolution ; cependant, seul l'AVC avait une incidence sur la capacité de travail. Il était probable que le membre supérieur droit

resterait non fonctionnel et que l'équilibre et la marche resteraient limités en termes d'endurance et de stabilité. Une reprise professionnelle, même à petit pourcentage, était donc inenvisageable. 9. En avril 2017, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent. 10. Le 12 avril 2017, une enquête ménagère a été réalisée à son domicile, au terme de laquelle l'enquêtrice a recommandé d'admettre la nécessité de l'aide régulière et importante d'autrui pour quatre actes ordinaires de la vie, ainsi que le besoin de soins permanents, correspondant à une allocation pour impotence de degré moyen, et ce dès février 2017, c'est-à-dire dès la fin du délai de carence. 11. Le même jour, l'enquêtrice a également rempli un rapport d'enquête économique sur le ménage qui a conclu à un empêchement de 74,75% dans la sphère ménagère, réduit à 43,75% compte tenu d'une aide exigible de 31% de la part de l'époux de l'assurée. Interrogée à cette occasion, l'assurée a indiqué avoir cessé son activité de nettoyeuse en 2005, en raison de douleurs dorsales, et n'avoir plus travaillé depuis lors. Elle a affirmé que, si elle n'avait pas souffert de douleurs dorsales à l'époque, elle aurait poursuivi son activité professionnelle de nettoyeuse aux HUG et ce, à 100% (cf. ch. 2.1 et 2.2 du rapport d'enquête). Il a été précisé que le couple avait quitté son appartement de 5 pièces pour un plus petit, de 2 pièces, plus adapté à ses besoins. L'époux de l'assurée était désormais retraité. 12. Le 19 juin 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître un degré d'invalidité de 44%, ouvrant droit à un quart de rente à compter du 1^{er} février 2017. 13. En outre, par décision du 27 juin 2017, l'OAI a accordé à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen, avec effet au 1^{er} février 2017. 14. Par courrier du 11 juillet 2017, l'assurée a manifesté son désaccord avec le projet du 19 juin. Elle a expliqué que la base de calcul retenue par l'OAI était incorrecte et rappelé qu'avant son AVC, elle avait travaillé de nombreuses années à l'hôpital. Elle avait été une personne active, s'occupant tant de son foyer que de son travail ; ce n'était que suite à ses problèmes dorsaux qu'elle avait dû y renoncer. 15. Par courrier du 14 juillet 2017, le docteur H_____ (spécialiste en médecine interne et cardiologie) a appuyé la position de sa patiente en ces termes : « Il y a cependant une chose que je ne comprends pas bien : il me semble que vous considérez cette patiente comme à la retraite, ce qu'elle n'est de loin pas. Elle souffrait du dos, c'est vrai, et continue d'en souffrir. Cependant, vu le refus de l'AI d'entrer en matière, elle désirait, avant son AVC, retrouver du travail et s'en donnait la peine ». 16. Par courrier du 18 août 2017, l'assurée a réaffirmé que son arrêt de travail, en 2005, était uniquement motivé par son état de santé, rappelant une fois encore qu'elle avait travaillé depuis 1986 à 100%. 17. Par décision du 19 octobre 2017, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 1^{er} février 2017, sur la base d'un degré d'invalidité de 44%. S'agissant du statut à reconnaître à l'assurée, l'OAI a considéré qu'elle devait être assimilée à une personne non active puisqu'elle n'avait effectué aucune démarche en vue d'une réintégration sur le marché du travail depuis 2005. 18. Par écriture du 21 novembre 2017, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à l'octroi d'une rente entière à compter de février 2017. La recourante répète qu'elle a travaillé à plein temps jusqu'à ses ennuis de santé. 19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 19 décembre 2017, a conclu au rejet du recours. L'intimé répète que l'assurée n'a effectué aucune recherche d'emploi depuis 2005, date à partir de laquelle elle n'a plus pu assumer sa fonction. Il estime qu'elle aurait dû essayer de se réintégrer sur le marché du travail ou essayer de trouver en interne une solution ou un poste plus adapté à son état. L'intimé rappelle que le 8 novembre 2006, le TCAS n'a admis aucune incapacité de travail, suivi en cela par le Tribunal fédéral, le 26 novembre 2007. 20. Par écriture du 21 février 2018, la recourante a sollicité

l'ouverture d'enquêtes et réitéré que, si elle n'a pas été en mesure d'exercer la moindre activité lucrative depuis février 2005, c'est en raison de son état de santé et non par choix personnel. 21. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 22 mars 2018 au cours de laquelle a été entendu le Dr H_____, spécialiste FMH en médecine interne et cardiologie. Le témoin a notamment rappelé que ce n'était pas lui qui avait initié la demande de prestations de l'assurée. Il a précisé en avoir discuté avec elle plusieurs fois par la suite et avoir déploré qu'une demande de reclassement n'ait pas été déposée car, lorsqu'il l'avait reçue, au début, en 2014, elle était capable d'exercer une activité adaptée. C'était avant qu'elle ne soit victime d'un AVC. Désormais, sur le plan professionnel, l'incapacité de travail est totale et ce, quelle que soit l'activité envisagée. L'assurée lui avait relaté avoir demandé une baisse de son taux d'occupation en raison de ses problèmes de santé. De ses discussions avec elle, il a retiré l'impression qu'elle aurait aimé retrouver un travail adapté, ce qui, au vu de sa formation, de l'atteinte à sa santé et du marché du travail, aurait été compliqué. Il aurait fallu une mesure d'orientation professionnelle pour lui indiquer quelle profession envisager, puis une aide pour l'accompagner dans ses démarches. 22. Entendu à son tour, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, qui a indiqué ne pas se souvenir avoir évoqué avec l'assurée la possibilité de reprendre ou non un travail. 23. La recourante a indiqué avoir dans un premier temps réduit son taux d'occupation à 50% mais ne pas avoir réussi à le maintenir. Elle dit avoir ensuite envisagé une reconversion en tant qu'aide-soignante et avoir eu en ce sens un entretien avec les ressources humaines des HUG, mais on lui a signifié qu'elle ne maîtrisait pas suffisamment le français oral et écrit. Quant à l'assurance-chômage, elle l'a considérée comme inapte au placement vu sa situation médicale. Elle est restée formellement employée des HUG jusqu'en 2012. 24. Dans ses écritures après enquêtes du 7 mai 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle reproche à l'intimé de lui avoir reconnu un statut de ménagère sans la moindre instruction préalable. La recourante conteste ne pas avoir tenté de se réintégrer sur le marché du travail. Elle en veut pour preuve une décision de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) du 8 février 2013 la déclarant inapte au placement en raison de son état de santé. Elle y voit la démonstration que, si elle a cessé de travailler, c'est non par choix personnel mais bien en raison de son état. Elle conteste également l'allégation selon laquelle elle n'aurait pas recherché un poste mieux adapté au sein des HUG. A cet égard, elle relève que, dans leur courrier du 30 juillet 2012 mettant fin aux rapports de service, les HUG indiquent expressément qu'il n'a pas été possible de lui trouver une nouvelle affectation en leur sein et qu'elle a eu l'occasion d'évoquer cette situation à plusieurs reprises avec une infirmière de santé publique de la direction des ressources humaines. Quoi qu'il en soit, elle fait remarquer qu'ayant exercé une profession de nettoyeuse, elle aurait eu les plus grandes difficultés à retrouver un emploi adapté, compte tenu de son absence de qualification professionnelle. Elle rappelle avoir travaillé à plein temps de nombreuses années, depuis 1986 jusqu'à ses problèmes de santé et ce, alors même que ses enfants étaient en bas âge. On ne voit dès lors pas pour quel motif elle aurait délibérément cessé de travailler à compter de 2003, une fois ses enfants majeurs et indépendants, vu les revenus modestes de son époux. À l'appui de sa position, la recourante produit un courrier émanant du directeur des ressources humaines des HUG, daté du 30 juillet 2012, lui confirmant qu'en date du 10 février 2005, elle a épuisé son droit aux prestations pour cause de maladie ou accident, et atteint l'échéance du droit au salaire, selon les statuts du personnel des HUG. Le directeur ajoute : « Il n'a pas été possible de vous trouver une nouvelle affectation au sein de l'établissement ». Il précise que l'assurée a eu

l'occasion d'évoquer cette situation à plusieurs reprises avec une infirmière de santé publique et la direction des ressources humaines. Il termine en concluant que le contrat de travail est formellement résilié pour le 31 octobre 2012. 25. Dans ses écritures après enquêtes du 17 mai 2018, l'intimé a persisté intégralement dans ses conclusions. L'intimé relève qu'aucune autre pièce ne vient témoigner des discussions éventuelles menées avec les HUG pour retrouver un poste à la recourante, pas plus que d'éventuelles autres recherches d'emploi. Ce fait est confirmé par la décision rendue par l'OCE le 8 février 2013, qui note que l'assurée n'a attesté d'aucune recherche personnelle d'emploi tant avant que depuis son inscription à l'assurance-chômage, le 6 février 2013. C'est la raison pour laquelle l'OCE a conclu à l'absence d'aptitude au placement, tant objective que subjective. Quant à la position du médecin traitant, l'intimé relève que ce dernier a continué à attester d'une totale incapacité de travail depuis 2003, alors même qu'aucune invalidité n'avait été reconnue à sa patiente et qu'aucune aggravation n'était survenue jusqu'à l'AVC. Dès lors, l'intimé maintient qu'aucun élément ne vient corroborer que la recourante aurait travaillé à 100%.

26. Par écriture complémentaire du 12 juin 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a produit à l'appui de sa position l'extrait individuel du compte AVS de son époux, Monsieur A_____, afin de démontrer que les revenus de ce dernier sont faibles, plus particulièrement depuis 2012. De ce document, il ressort que les revenus annuels de son mari - indépendant depuis 1998 - se sont élevés à CHF 32'300.- en 2005, CHF 38'200.- en 2006, CHF 39'200.- en 2007, CHF 41'200.- en 2008, CHF 35'200.- en 2009, CHF 52'300.- en 2010, CHF 51'800.- en 2011, CHF 28'500.- en 2012, CHF 33'300.- en 2013 et CHF 29'400.- en 2014. La recourante rappelle qu'en 2012, l'OAI l'a considérée comme active. Elle en tire la conclusion que la modification de son statut à l'occasion de la dernière demande qu'elle a déposée ne repose sur aucun élément tangible. 27. Par écriture complémentaire du 26 juin 2018, l'intimé a campé sur sa position, qu'il considère justifiée par l'examen global de la situation de l'assurée jusqu'au moment de la décision litigieuse. Quant aux extraits de compte individuel produits, il constate que les revenus de l'époux de l'assurée, retraité depuis 2017, relèvent d'une activité d'indépendant. Il en tire la conclusion que l'éventuelle précarité du budget du ménage doit être nuancée, d'autant que le couple n'a plus aucun enfant à charge et que l'assurée n'émerge pas à l'aide sociale. 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), 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. 4. Le litige porte principalement sur le statut à reconnaître à l'assurée, dont découle son degré d'invalidité. 5. 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). 6. 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; 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). 7. a) Se pose en premier lieu la question de savoir quel statut il convient d'accorder à l'assurée. b) 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 examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Pour évaluer le degré d'invalidité, il existe principalement trois méthodes (méthode générale de comparaison des revenus [depuis le 1^{er} janvier 2008 : art. 28a al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [depuis le 1^{er} janvier 2008 : art. 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [depuis le 1^{er} janvier 2008 : art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]), dont l'application dépend du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré sans activité lucrative ou assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. c) On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. La réponse apportée à cette question dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 396 et les arrêts cités). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt I 693/06 du 20 décembre 2006, consid. 4.1). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de l'exercice d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 137 V 334 consid. 3 p. 337 et les références). d) C'est le lieu de rappeler que le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas

qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). e) Selon le principe de la "déclaration de la première heure" développé par la jurisprudence et applicable de manière générale en assurances sociales (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 1er février 2010 9C_663/2009, consid. 3.2), en présence de deux versions différentes et contradictoires d'un fait, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le résultat de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45, consid. 2a).

8. En l'espèce, il est vrai que la recourante n'a pas cherché activement de place de travail depuis ses problèmes dorsaux, dont il a été jugé qu'ils ne pouvaient être qualifiés d'invalidants au sens de la loi. La recourante argue que le statut à lui reconnaître ne dépend pas de la mesure dans laquelle une activité aurait été exigible de sa part depuis 2005, mais de la question de savoir ce qu'elle aurait fait si son état de santé le lui avait permis. Or, bien qu'aucune invalidité ne lui ait été reconnue, ses médecins ont attesté de ses problèmes dorsaux et ce sont eux qui l'ont amenée à renoncer à une activité. Son incapacité de travail depuis le 10 novembre 2003 est incontestable puisqu'attestée par plusieurs médecins qui l'ont suivie, même si cette atteinte ne s'est pas vu reconnaître de caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité. Il n'en demeure pas moins qu'un trouble somatoforme douloureux a été diagnostiqué. Comme rappelé supra, pour savoir si un assuré doit être considéré comme personne exerçant une activité à plein temps (méthode générale de comparaison des revenus) ou à temps partiel (méthode mixte), voire sans activité lucrative (méthode spécifique), il convient d'examiner ce que l'intéressé aurait fait - les circonstances étant par ailleurs restées les mêmes - si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Ce faisant, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des dispositions et des prédispositions de l'intéressé. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision. Pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées). En l'espèce, la recourante n'a pas varié dans ses déclarations. Depuis toujours, elle a affirmé que, sans atteinte à sa santé, elle aurait continué à travailler à plein temps, comme elle l'avait fait des années durant (près de vingt ans) et ce, alors même que ses enfants étaient encore en bas âge. Elle l'a réaffirmé lors de l'enquête ménagère et à plusieurs reprises depuis lors. L'atteinte à la santé dont elle souffre depuis 2003 est documentée. Un tableau de douleurs chroniques persistantes sans explication organique a été observé, qui, s'il ne s'est pas formellement vu reconnaître un caractère invalidant au sens de l'assurance-invalidité, n'en est pas moins présent. La réalité des douleurs ressenties par la recourante n'a pas été contestée par la décision de refus de prestations rendue initialement et confirmée par la suite, pas plus que le fait que c'étaient les douleurs en question qui avaient amené l'intéressée à réduire puis à cesser son travail. S'y ajoute le fait que, sans formation

particulière, ni aide pour la réorienter professionnellement, la recourante ne pouvait guère espérer retrouver un poste sur le marché du travail. Dès lors, l'argumentation de l'intimé tirée de l'absence de recherches d'emploi de la part de l'assurée n'est pas susceptible de soulever un doute sur la vraisemblance des déclarations de cette dernière relatives à l'exercice d'une activité à temps plein au regard de sa situation familiale à l'époque de la décision litigieuse (cf. arrêt 9C_236/2013 du 23 octobre 2013 consid. 4.2). Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est bel et bien un statut d'active à 100% qui aurait dû être reconnu à l'assurée. Sur ce point, il y a lieu de lui donner raison. 9. Reste à vérifier le degré d'invalidité qui peut être reconnu à l'assurée. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 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 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine). 10. En l'espèce, il n'est pas contesté que, depuis son AVC, survenu en février 2016, clairement constitutif d'une aggravation, l'assurée est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité lucrative. Dès lors, le degré d'invalidité se confond avec celui de la capacité de travail et le droit à une rente entière doit lui être reconnu à compter de février 2017. Le recours est admis et la décision litigieuse réformée en ce sens. 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.