

GE_GERICHTE A/982/2014 vom 29. Juni 2015

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_982_2014

FR: GE_GERICHTE A/982/2014 du 29 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/982/2014 del 29 giugno 2015

Erwägungen

E. 10

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître RAETZO Alexia recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), ressortissante suisse dès le 15 mars 2010, et tchèque, née le _____ 1975, est domiciliée à Genève. Elle a exercé la profession d'esthéticienne dès juillet 2001. Le 16 février 2004, elle a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une sclérose en plaques diagnostiquée en 1998.![endif]>![if> 2. Selon le rapport de l'employeur, le salaire annuel de l'assurée a été de CHF 37'832.60 brut, en 2002, porté à CHF 42'759.- en 2003 et à CHF 43'500.- (CHF 3'625.- par mois) dès le 1 er janvier 2004. Son horaire de travail était de 9 heures par jour, 5 jours par semaine. Elle avait vécu des périodes d'incapacité de travail en 2002 et 2003, soit du 16 avril au 2 juin 2002 à 100 %, du 3 au 16 juin 2002 à 50 %, du 25 novembre au 2 décembre 2002 à 100 %, du 4 au 7 février 2003 à 100 % et du 17 au 28 avril 2003 à 100 %![endif]>![if> 3. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) a constaté dans un rapport d'examen du 21 janvier 2005 que l'assurée, souffrant d'une sclérose en plaques diagnostiquée en 1998, avait subi une dernière poussée en mars-avril 2003 ayant laissé des séquelles sous forme d'une faiblesse du membre supérieur gauche et de troubles sensitifs des membres supérieur et inférieur gauche. Il semblait que l'assurée avait repris son travail, mais il était évident que celui-ci n'était plus adapté à son état de santé, et qu'il le serait encore moins si d'autres poussées intervenaient. Il fallait dès lors admettre une incapacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle. Des mesures professionnelles permettraient d'envisager une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité ne nécessitant pas de station debout prolongée, éventuellement dans le secteur administratif, respectant les limitations fonctionnelles décrites.![endif]>![if> 4. Elle a été mise au bénéfice de mesures professionnelles, en l'espèce d'une formation de secrétariat. À la suite de ce reclassement, elle a obtenu son certificat de secrétaire-réceptionniste. Elle a été engagée à 50 % aux B_____ dès le 1 er avril 2007.![endif]>![if> 5. Par décision du 12 juillet 2007, l'OAI lui a refusé le droit à une rente d'invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 35 %![endif]>![if> 6. Par la suite, l'assurée a été engagée en qualité de secrétaire au sein de la Fondation C_____, organisme spécialisé dans l'accompagnement de personnes polyhandicapées, où elle travaille encore actuellement. Elle est employée à 50 % et perçoit un salaire de CHF 34'481.85 bruts par année, versé en 13 mensualités de CHF 2'652.45.![endif]>![if> 7. En date du 26 avril 2013, elle a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI.![endif]>![if> 8. Le docteur D_____, spécialiste FMH en neurologie, a établi un avis médical à l'intention du médecin-conseil de l'OAI en date du 24 mai 2013. Dès 2006

et jusqu'à ce jour, l'assurée était au bénéfice d'une incapacité de travail à hauteur de 50 %. Ayant régulièrement suivi la patiente, il pouvait certifier qu'elle a subi entre 2006 et 2013 plusieurs épisodes neurologiques que l'on pouvait qualifier de poussées, avec des répercussions certes pas dramatiques, mais réelles, qui n'allaient en tout cas pas dans le sens d'une amélioration de son état de santé. Il a été démontré qu'une activité professionnelle supérieure à 50 % était délétère. Il y avait donc chez cette patiente un bon équilibre entre les prestations professionnelles qu'elle pouvait donner jusqu'à hauteur de 50 %, mais son état de santé s'était tout de même aggravé de manière significative entre 2006 et 2013, malgré des précautions. L'état de fatigue, les difficultés de sensibilité étaient toujours au premier plan et justifiaient la réitération de l'appréciation d'une incapacité de travail de 50 %.

9. Sur la base de cet avis médical, le SMR a considéré, dans un avis du 21 juin 2013, que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé, de sorte que l'OAI est entré en matière.

10. Sur demande du SMR, le Dr D _____ a établi, le 3 juillet 2013, un rapport médical intermédiaire en vue de l'actualisation du dossier depuis mai 2013 : l'état de santé de la patiente s'était aggravé, sans changement dans les diagnostics. Par rapport à cette évolution, il a noté des troubles sensitifs aggravés de l'hémicorps gauche, hyperpathie.

11. Le 11 septembre 2013, le SMR a établi un rapport médical fondé sur les renseignements fournis par le Dr D _____ : âgée de 37 ans, secrétaire, l'assurée est connue depuis 1998 pour une sclérose en plaques. Son médecin a fait état d'une aggravation depuis le début de l'année (2013), notamment des troubles sensitifs au niveau de l'hémicorps gauche. Elle présente une intolérance à l'immunothérapie, qui a dû être arrêtée. Comme le spécialiste, le SMR estime que 50 % est le taux maximum de capacité de travail auquel on peut prétendre dans une activité qui est à retenir comme adaptée. Les limitations fonctionnelles justifiant son incapacité de travail de 50 % sont : fatigabilité (liée à l'atteinte) et troubles sensitifs de l'hémicorps gauche.

12. Le 13 janvier 2013 (recte : 2014), l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision par lequel il envisageait de rejeter sa demande de rente : les documents médicaux versés au dossier avaient été soumis au SMR, lequel a confirmé une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle d'esthéticienne, mais a reconnu une capacité de travail de 50 % dans son activité de secrétaire. Afin de déterminer son degré d'invalidité, il avait été procédé à la comparaison des gains pour l'année 2012: le revenu annuel professionnel raisonnablement exigible, sans invalidité, basé sur le rapport de l'ancien employeur, était en 2004 de CHF 43'500.-; ce montant indexé à l'année 2012 au moyen de l'indice suisse nominal des salaires (ISS) déterminait un revenu annuel de CHF 48'406.-. Quant au revenu avec invalidité, il a été établi sur la base des indications de l'assurée mentionnant dans sa demande de prestations un revenu mensuel de CHF 2'652.45, soit un revenu annuel de CHF 34'782.-, y compris le 13 e salaire. La perte de gain s'élevait ainsi à CHF 13'924.-, déterminant un degré d'invalidité de 29 %.

13. Par courrier du 11 février 2014, l'assurée représentée par son conseil a contesté les motifs et les conclusions du projet susmentionné. Les salaires retenus par l'OAI étaient incorrects. Elle a produit d'une part un certificat de salaire annuel 2004 du centre de beauté E _____, ainsi que les fiches de salaire mensuelles détaillées pour 2004, et d'autre part un tableau récapitulatif des salaires de la Fondation C _____ pour l'année 2012. Selon ces documents, elle réalisait en 2004 des salaires considérablement plus importants que ceux retenus par l'OAI, soit en l'espèce supérieurs de CHF 200.- par mois en moyenne. Les pièces médicales versées au dossier étaient concordantes et probantes. De ce fait elles ne permettaient pas de ne privilégier que la seule approche de l'indice statistique des salaires.

Sous cet angle également, son degré d'invalidité avait été gravement sous-estimé. Elle concluait donc à la reconnaissance d'un taux d'invalidité de 40 % à tout le moins.!

14. Le 24 février 2014, l'OAI a notifié à l'assurée, au domicile élu de son conseil, une décision, confirmant les conclusions du projet susmentionné du 13 janvier, et rejetant ainsi la demande.!

15. Par courrier "A" du 3 avril 2014, reçu le 4, l'assurée, agissant par son conseil de l'époque, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Elle conclut à l'annulation de la décision de l'OAI du 24 février 2014, et à ce qu'un taux d'invalidité de 40 % au moins lui soit reconnu, ceci avec suite de frais et dépens. L'intimé n'avait nullement tenu compte des objections de la recourante, par rapport au projet de décision, et en particulier, il n'avait pas été retenu d'aggravation de l'état de santé de la recourante, impliquant un taux d'invalidité d'en tout cas 40 %; et l'évaluation de l'incapacité de travail, à la lumière de la statistique des salaires bruts standardisés, avait gravement été sous-estimée.!

16. Le 5 mai 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours. La recourante se borne à suggérer l'existence d'une aggravation de l'état de santé sans toutefois faire référence à une circonstance particulière, étayée par un élément figurant au dossier. Aucun fait précis n'a été allégué, susceptible de remettre en cause les conclusions de la décision entreprise, tant sur le plan médical que sur le calcul du taux d'invalidité.!

17. Par courriers distincts du 12 juin 2014, la chambre de céans a d'une part invité la recourante à préciser si elle conteste, 1. sa capacité de travail de 50 % dans une activité de secrétaire; 2. le calcul du taux d'invalidité, et dans ce cas, de préciser sur quels éléments repose sa contestation; et d'autre part interpellé le Dr D _____, en lui posant quelques questions complémentaires, au sujet de la capacité de travail de la recourante en tant que secrétaire, de l'existence éventuelle d'une diminution de rendement, et de savoir si elle avait connu des périodes de totale incapacité de travail depuis fin 2012. !

18. Le Dr D _____ s'est déterminé par courrier du 1^{er} juillet 2014 : !

- S'agissant de la capacité de travailler à 50 % en tant que secrétaire, en dehors des périodes aiguës où l'incapacité de travail est de 100 %, la patiente peut assumer une activité professionnelle à 50 % pour autant que celle-ci n'exécède pas 50 %. !

- Sur la question de savoir quelle est la capacité de travail résiduelle et depuis quand celle-ci serait passée en dessous de 50 %, et s'il existe une diminution du rendement sur cette capacité de travail de 50 %, il observe d'abord qu'une aggravation de l'état de santé ne signifie pas nécessairement une diminution du taux de capacité de travail. Depuis près d'un mois, la capacité de travail était réduite à 0 %. La patiente souffre d'une maladie invalidante dont l'évolution est totalement imprévisible, et il est difficile de faire des projections sur l'avenir en de telles circonstances. Quant à la diminution du rendement elle est évidente lorsqu'il y a une atteinte cognitive, mais elle n'est guère chiffrable tant elle est dépendante de l'état de fatigue quotidien et des variations d'un jour sinon d'une heure à l'autre.!

- S'agissant de l'existence de périodes de totale incapacité de travail depuis fin 2012, elles sont reconnues chez cette patiente depuis bien avant 2012 mais, en résumé, de fin 2013 à 2014, ce fut le cas du 12 au 24 novembre 2013, du 24 au 26 mars 2014 et du 29 mai au 1^{er} juillet 2014, - jour où le médecin répondait -, ajoutant que l'incapacité actuelle se prolongerait vraisemblablement au-delà de cette date.!

19. Le 3 juillet 2014, la recourante a répondu à la demande de la chambre de céans : sa capacité de travail dans une activité de secrétaire à 50 % lui paraît tout juste atteinte. Il s'agit donc du seuil supérieur de ce qui est raisonnablement exigible pour elle. Quant au calcul de son taux d'invalidité, elle le conteste en ce qu'il n'a pas retenu les chiffres effectivement réalisés. Elle produit encore le dernier rapport médical du Dr

D_____ daté du 2 juillet 2014, aux termes duquel l'examen neurologique relève les mêmes anomalies que lors des précédentes consultations: persistance de la symptomatologie sensitive sur l'hémicorps gauche, face non comprise. Mêmes conclusions que le 18 juin 2014. On tient cependant compte des données de l'IRM. qui n'ont pas montré de prise de contraste, étant relevé que la perfusion de contraste a été l'occasion d'un hématome non négligeable au pli du coude; la patiente se pose la question de savoir si le Gadolinium a pu être reçu normalement. On discute à nouveau de la possibilité d'une poussée ou au contraire d'une reviviscence d'anciens symptômes. La clinique et la résonance magnétique sont plus en faveur d'une reviviscence de symptômes, voire d'un passage en forme chronique progressive sans nouvelles inflammations. L'absence d'inflammation est corroborée par l'I.R.M; malgré tout, la patiente préfère mettre toutes les chances de son côté et suivre une nouvelle cure de Solumédrol, qui débutera le jour même. On souligne l'importance d'une protection sur le long terme par un traitement protecteur, (Gilénia). Mais à nouveau, la patiente fait valoir son désir de grossesse, ce qui rend la possibilité de prendre Aubagio ou Gilénia caduque, du moins actuellement. La reprise d'Interféron n'étant pas acceptable pour la patiente, seul le traitement par corticostéroïdes reste possible, et peut être appliqué en phase aiguë. Aucune protection sur le long terme ne peut être acceptée ou acceptable par la patiente actuellement. L'incapacité de travail de 100 % est prolongée jusqu'au 21 juillet et un prochain contrôle est prévu le 16 juillet 2014.

Le 25 juillet 2014, l'intimé s'est déterminé sur l'écriture de la recourante du 3 juillet et sur les documents médicaux émanant du Dr D_____. Il a persisté dans ses conclusions : le SMR considère que ces pièces médicales ne sont pas susceptibles de modifier l'appréciation de l'intimé, s'agissant de l'incapacité de travail de l'assurée. Il semble d'ailleurs que la recourante ne conteste plus la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, retenue par l'OAI. Une aggravation de l'état de santé est probable dès le 29 juin 2014, soit postérieurement à la notification de la décision querellée. Seuls peuvent être retenus les faits antérieurs au 24 février 2014, dans le cadre de ce recours. Quant au calcul du taux d'invalidité, la recourante ne mentionne aucun fait précis susceptible de le remettre en cause.

20. La recourante a dû changer de mandataire, son premier conseil n'étant plus inscrit au tableau des avocats.

Par décision du 1^{er} septembre 2014, elle a été mise au bénéfice de l'assistance juridique pour être assistée d'un conseil dans le cadre de la présente procédure ; son nouveau mandataire, Me DETIENNE, a été commis d'office à ces fins.

21. Dans sa réplique du 15 septembre 2014, la recourante a pris position par rapport à la question du calcul du taux d'invalidité respectivement de la capacité de gain de la recourante. Elle conclut avec suite de dépens à l'annulation de la décision entreprise et à ce qu'il soit dit et constaté que la recourante a droit à une rente d'invalidité, et qu'en conséquence l'intimé soit condamné à lui verser une telle rente. S'agissant de l'incapacité de travail, l'intimé a retenu un taux de 50 %; or le Dr D_____ a attesté d'une diminution de rendement sur ce taux, de sorte qu'il y aura lieu d'en tenir compte dans la détermination du degré d'invalidité. Son salaire sans invalidité correspond à son salaire actuel, à 100 % : dans la mesure où elle perçoit une rémunération de CHF 34'481.85 bruts par année, pour un taux d'activité de 50 %, si elle n'était pas invalide elle travaillerait à 100 %; par conséquent pour un salaire annuel d'au moins CHF 68'960.70 bruts. Elle a donc droit à une demi-rente d'invalidité. Si par impossible la chambre des assurances sociales devait considérer que le salaire sans invalidité correspond au revenu d'esthéticienne, l'intimé a retenu un salaire d'esthéticienne de CHF 48'406.- par année, soit le salaire de CHF 43'500.- qu'elle réalisait en dernier lieu, en 2004, adapté à l'indice suisse des salaires 2012. Or, son salaire était à

l'époque composé d'une part fixe et d'une part variable qui dépendait de ses ventes (commissions). Or, en raison de son atteinte à la santé, elle travaillait à 50 %, et en conséquence la part variable effectivement touchée en 2003 et en 2004 était indiscutablement inférieure à ce qu'elle aurait pu effectivement réaliser en disposant d'une capacité de travail entière. Il y aura lieu dès lors de déterminer au degré de la vraisemblance prépondérante le montant des commissions que la recourante aurait touchées si sa capacité de travail avait été entière en 2003 et en 2004.![endif]>![if> 22. L'intimé a dupliqué le 30 septembre 2014. Il a persisté dans ses conclusions. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, et c'est pourquoi il est déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assurée avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente. La dernière activité exercée par l'assurée avant l'atteinte à la santé correspond à celle d'esthéticienne. C'est donc à juste titre que l'intimée s'est fondée sur le revenu mentionné dans le rapport de l'employeur du 25 février 2004. S'agissant du revenu qu'elle réalise comme secrétaire auprès de son employeur actuel, soit après reclassement, il ne peut en aucun cas entrer en considération dans le cadre de la détermination du revenu sans invalidité.![endif]>![if> 23. La recourante a été entendue le 2 février 2015, en comparution personnelle. Pour l'essentiel elle a déclaré: « Je suis actuellement fatiguée, en raison de l'évolution de ma maladie, laquelle se développe avec des hauts et des bas. J'exerce une activité lucrative à 50 % depuis 2007, après la réadaptation professionnelle dont j'ai bénéficié. D'une manière globale, cette activité reste en effet de 50 %, même si j'ai eu des périodes où les crises ont engendré un arrêt de travail complet. La durée de ces arrêts de travail est variable. Cet été (2014) par exemple, je me suis retrouvée en arrêt pendant trois mois consécutifs. ... En dépit du fait (que) l'aggravation de mon état a entraîné une incapacité de travail totale pendant plusieurs mois (depuis fin juin 2014) cette période est révolue aujourd'hui, et je n'ai pas entrepris de nouvelles démarches auprès de l'assurance-invalidité, du moment que la durée de mon incapacité totale ne devait pas être considérée comme durable. .. En relation avec la baisse de rendement évoquée par mon médecin dans l'un des documents (du 1 er juillet 2014 à la chambre de céans), .. je ne peux pas définir de façon précise et chiffrée ce que l'on peut considérer comme une baisse de rendement dans mon travail, car cela dépend des jours et surtout de ma fatigue. J'ai récemment eu une évaluation de la part de mon employeur, dont il ressortait (que) ma supérieure hiérarchique, me sent parfois fatiguée, et il en résulte quelques erreurs dans mon travail. Je confirme que mon employeur, la Fondation C_____, se montre très humain et compréhensif, par rapport à une baisse de régime que je peux parfois subir. S'agissant de la détermination du revenu sans invalidité, que j'aurais pu réaliser en 2004 ou 2003, je rappelle que j'étais à l'époque salariée pour une partie en fixe (CHF 2'800.-), et pour partie à la commission. Du moment que j'étais déjà à l'époque limitée dans mes possibilités de travail, en raison de ma maladie, j'estime que j'aurais pu réaliser un revenu qui, en terme de commission, aurait facilement pu être du double de ce que j'ai effectivement réalisé. Je rappelle en effet que je touchais ces commissions sur la base de l'ensemble de mon chiffre d'affaires comprenant la vente de produits d'une part et des soins d'autre part. »![endif]>![if> 24. Sur quoi la cause a été gardée à juger.![endif]>![if> 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. Il convient en premier lieu d'examiner la recevabilité du recours. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme requise, il convient de vérifier s'il a été déposé dans le délai prévu par la loi. a. Les délais commencent à courir le lendemain de leur communication ou de l'événement qui les déclenche. Le délai fixé par semaines, par mois ou par années expire le jour qui correspond par son nom ou son quantième à celui duquel il court; s'il n'y a pas de jour correspondant dans le dernier mois, le délai expire le dernier jour dudit mois. Lorsque le dernier jour du délai tombe un samedi, un dimanche ou sur un jour légalement férié, le délai expire le premier jour utile. Les écrits doivent parvenir à l'autorité ou être mis à son adresse à un bureau de poste suisse ou à une représentation diplomatique ou consulaire suisse au plus tard le dernier jour du délai avant minuit. Les délais sont réputés observés lorsqu'une partie s'adresse par erreur en temps utile à une autorité incompétente (cf. art. 38 à 39 LPGA et art. 17 LPA). Le délai légal ne peut être prolongé (art. 40 al. 1 LPGA et 16 al. 1 LPA). En effet, la sécurité du droit exige que certains actes ne puissent plus être accomplis passé un certain laps de temps : un terme est ainsi mis aux possibilités de contestation, de telle manière que les parties sachent avec certitude que l'acte qui est l'objet de la procédure est définitivement entré en force (Pierre MOOR, Droit administratif, vol. 2, Berne 1991, p. 181). b. Selon la jurisprudence, une décision ou une communication de procédure est considérée comme étant notifiée, non pas au moment où le justiciable en prend connaissance, mais le jour où elle est dûment communiquée; s'agissant d'un acte soumis à réception, la notification est réputée parfaite au moment où l'envoi entre dans la sphère de puissance de son destinataire. Point n'est besoin que celui-ci ait eu effectivement en mains le pli qui contenait la décision. Il suffit ainsi que la communication soit entrée dans sa sphère de puissance de manière qu'il puisse en prendre connaissance (ATF 122 III 319 consid. 4 et les références; GRISEL, Traité de droit administratif, p. 876 et la jurisprudence citée; KNAPP, Précis de droit administratif, 4ème éd., n° 704 p. 153; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2ème éd., n°341 p. 123). Lorsque la notification intervient par pli recommandé, elle est réputée parfaite lorsque l'intéressé ou toute personne qui le représente ou dont on peut légitimement penser qu'elle le représente (cf. ATF 110 V 37 consid. 3) a reçu le pli ou l'a retiré au guichet postal en cas d'absence lors du passage du facteur (ATFA non publié du 11 avril 2005, C 24/05 consid. 4.1). Lorsque l'envoi n'est pas retiré dans le délai de garde de 7 jours, il est réputé avoir été communiqué le dernier jour du délai (cf. ATF 117 V 131). Il n'y a pas de formalisme excessif à considérer que la fiction de la notification à l'échéance du délai de garde de sept jours est également applicable lorsque la poste, de sa propre initiative, accorde un délai de retrait plus long et que l'envoi n'est retiré que le dernier jour de ce délai ou lorsque cette prolongation procède d'une inadvertance d'un employé (ATF 127 I 34 consid. 2b). c. La preuve qu'un acte a été déposé en temps utile résulte en principe de la date de l'oblitération postale (ATF 109 Ia 183 consid. 3 b p. 184 ; arrêt 2C_711/2008 du 7 novembre 2008 consid. 3.1), même s'il est possible de l'établir par d'autres moyens de preuve, notamment en faisant appel à des témoins (ATF 109 Ib 343 consid. 2b p. 345; arrêt 2C_711/2008 du 7 novembre 2008 consid. 3.1 ; ATA/800/2010 du 16 novembre 2010). d. En l'occurrence, la Cour de céans constate que la décision du 24 février 2014 a été expédiée par la Poste de Genève à l'office postal de Morges qui a constaté une distribution infructueuse le 25 février 2014. Le délai de garde de la Poste a été prolongé le jour-même à la demande de l'avocat de l'assurée. Cette prolongation ne permet toutefois pas de dépasser le délai de garde de 7 jours

qui a commencé à courir le 26 février 2014 et qui est échu le 4 mars 2014. Le délai de recours de 30 jours a commencé à courir le 5 mars 2014 ; il est arrivé à échéance le 3 avril 2014. Le recours, posté en courrier "A" le 3 avril 2014, selon le tampon de la Poste, l'a été en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 et 4 let. b LPGA).

3. Le litige porte sur la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'était aggravé depuis la dernière décision négative de l'OAI entrée en force, soit en l'occurrence la décision du 12 juillet 2007, et dans l'affirmative si l'aggravation retenue réunit les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.

4. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

5. L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances, propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130

V 343 consid. 3.5.2). 6. Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

7. Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V p.9ss consid. 5 et 6; ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 du 4 septembre 2013).

8. 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).

9. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1^{er} janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1^{er} janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

10. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité

(méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid.

6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 9. 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). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).> 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Un rapport au sens de l'art. 49 al. 3 RAI a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation

clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ils ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_58172007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et 9C_341/2007 du 16 novembre 2007 consid. 4.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). 11. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 12. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). 13. Si l'administration ou le juge, se fondant sur

une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

14. Dans le cas d'espèce, il n'est pas contesté que la décision du 12 juillet 2007 est le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité dans le cadre de la demande de révision du 26 avril 2013. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, qui comportait une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conforme au droit.

15. Conformément aux principes rappelés ci-dessus, l'intimé, fort de l'avis du SMR, après examen des documents médicaux produits par la recourante, émanant de son médecin traitant, est entré en matière sur la demande de révision, au motif que l'assurée avait ainsi rendu vraisemblable que son état de santé s'était aggravé depuis la dernière décision en force.

Dans le cadre de l'instruction de la demande, l'OAI s'est fondé sur les documents recueillis du médecin traitant, le Dr D_____ qui, dans son avis initial, a exposé qu'entre 2006 et 2013 la recourante avait subi plusieurs épisodes neurologiques que l'on peut qualifier de poussées, avec des répercussions certes pas dramatiques, mais réelles, qui ne vont en tout cas pas dans le sens d'une amélioration de son état de santé. Il a considéré qu'une activité professionnelle supérieure à 50 % était délétère. Il constatait toutefois chez sa patiente un bon équilibre entre les prestations professionnelles qu'elle peut donner jusqu'à hauteur de 50 % mais son état de santé s'est tout de même aggravé de manière significative entre 2006 et 2013, malgré des précautions. L'état de fatigue, les difficultés de sensibilité étaient toujours au premier plan et justifient la réitération de l'appréciation d'une incapacité de travail de 50 %. Invité une première fois à actualiser les informations médicales, depuis mai 2013, il a précisé, en juillet 2013, que l'état de santé de la patiente s'était aggravé sans changement dans les diagnostics. Il a noté à cet égard des troubles sensitifs aggravés de l'hémicorps gauche, hyperpathie. Fondé sur ce rapport, le SMR a estimé, comme le médecin traitant, que le taux maximum de capacité de travail auquel on pouvait prétendre, dans l'activité exercée par l'assurée, activité que l'on doit retenir comme adaptée, est de 50 %, les limitations fonctionnelles justifiant cette incapacité de travail étant la fatigabilité, liée à l'atteinte, et les troubles sensitifs de l'hémicorps gauche. C'est sur cette base que la décision entreprise a été rendue, l'intimé ayant procédé à l'évaluation de l'invalidité en comparant les revenus sur la base de la méthode générale, applicable aux assurés actifs, ce que la recourante ne conteste d'ailleurs pas, exposant elle-même dans ses écritures que sans invalidité elle aurait exercé une activité à 100 %. Les revenus avec et sans invalidité ont été pris en compte de la manière la plus précise, soit en se fondant sur les revenus réalisés, respectivement qu'elle aurait pu réaliser selon l'employeur dans l'activité d'esthéticienne, pendant la dernière année où cette profession a été exercée, en 2004. Et en ce qui concerne le revenu avec invalidité, il a été fixé sur la base de ceux ressortant des renseignements fournis par la recourante par rapport à son emploi actuel. La comparaison de ces revenus, respectivement la différence entre ceux-ci, a déterminé un taux d'invalidité de 29 %, ne donnant effectivement pas droit à

une rente.![endif]>![if> 16. Curieusement, dans ses premières écritures, la recourante prétend que l'évaluation de son incapacité de travail aurait été effectuée à la lumière de la statistique des salaires bruts standardisés, ce qui n'est pas exact. Probablement d'ailleurs qu'elle a soulevé ce grief pour faire valoir que l'intimé n'aurait pas pris en compte une déduction globale supplémentaire, laquelle ne se conçoit que dans la mesure où les salaires pris en compte seraient fondés sur la statistique. L'argument n'a d'ailleurs pas été repris par la suite. Quoi qu'il en soit ce grief est hors de propos.![endif]>![if> 17. Toujours représentée par son premier conseil, elle a fait valoir que l'intimé n'aurait pas tenu compte de ses remarques avant de rendre sa décision sur opposition : elle prétend à cet égard que son revenu sans invalidité avait été sous-estimé par l'intimé, ce dernier ayant, selon elle, retenu en moyenne un revenu mensuel en 2004 de CHF 200.- inférieur à celui effectivement réalisé. Il s'avère toutefois qu'à teneur de la pièce manuscrite qu'elle a produite, comparant mois par mois de l'année 2004 les revenus effectivement réalisés avec ceux pris en compte par l'intimé, c'est au contraire l'intimé qui avait retenu un revenu supérieur à celui effectivement réalisé, ceci dans les proportions alléguées par la recourante.![endif]>![if> 18. Elle a ensuite fait valoir que l'aggravation de son état de santé impliquait un taux d'invalidité d'en tout cas 40 %. Elle n'a toutefois apporté aucun élément susceptible de rendre vraisemblable, et encore moins à fonder, une telle affirmation.![endif]>![if> 19. Dans un troisième grief, alors représentée par un nouveau conseil, la recourante a allégué, s'agissant de la détermination de son revenu sans invalidité, qu'en 2003, selon son certificat de salaire annuel, elle avait réalisé un salaire de CHF 42'759.- bruts, soit une moyenne de CHF 3'563.25 par mois. Elle explique que ce montant correspond au salaire fixe de CHF 2'800.- par mois auquel s'ajoutent les commissions qu'elle a pu réaliser malgré la diminution de sa capacité de travail et son taux d'occupation effectif à 50 %. Elle en déduit que sans cette incapacité de travail, elle aurait pu incontestablement réaliser un salaire nettement plus élevé compte tenu de l'augmentation de ses commissions. Cela n'est pas exact. Non seulement, s'agissant de la part fixe du salaire en 2003, elle se réfère au contrat de travail de 2001, lequel prévoyait en effet une part fixe de CHF 2'800.- par mois, alors que le certificat annuel de salaire qu'elle produit montre qu'en 2003 la part fixe de son revenu avait été portée à CHF 2900.- bruts par mois, montant qu'elle a effectivement touché chaque mois de l'année, ce qui correspond à une activité à 100 %, qui selon son contrat était déterminée à hauteur de 44 heures par semaine. S'agissant des commissions que son activité a générées, cette année-là, elle représente en effet un peu plus de CHF 600.- par mois en moyenne, étant précisé que, selon son contrat, il lui était garanti un minimum de CHF 600.- par mois à ce titre, ce dont elle a effectivement bénéficié en mars et avril 2003, mois pendant lesquels elle a subi sa dernière incapacité de travail, cette année-là, en raison d'une poussée de sa maladie. Certes, a posteriori, sur la base des documents médicaux produits, il s'est établi un consensus entre l'avis du médecin traitant et les médecins du SMR, pour admettre, a posteriori, et à l'époque (2005), que dans l'activité d'esthéticienne, on ne pouvait exiger raisonnablement une capacité de travail supérieure à 50 %. La recourante omet toutefois de dire que dans son rapport d'examen du 21 janvier 2005, qu'elle produit, le SMR relevait que la dernière poussée avait eu lieu en mars-avril 2003, et avait laissé des séquelles sous forme d'une faiblesse du membre supérieur gauche et de troubles sensitifs des membres supérieur et inférieur gauches, ajoutant : « il semble que l'assurée ait repris son travail, mais il est évident que celui-ci n'est plus adapté à l'état de santé de l'assurée, et qu'il le sera encore moins si d'autres poussées interviennent. C'est sur ces bases que le SMR concluait qu'il fallait admettre une incapacité de travail de 50 % dans l'activité actuelle. Cette conclusion

apparaissait toutefois théorique, par rapport à l'activité effectivement déployée encore par l'assurée, depuis la dernière poussée du printemps 2003, aussi théorique d'ailleurs que le pronostic du SMR, qui considérait à l'époque que des mesures professionnelles permettraient d'envisager une capacité de travail de 80 à 100 % dans une activité ne nécessitant pas des stations debout prolongées, éventuellement dans le secteur administratif, respectant les limitations fonctionnelles décrites. On a vu en effet par la suite que le reclassement professionnel n'a guère permis à l'assurée que de recouvrer une capacité de travail dans le domaine du secrétariat et de la réception, à hauteur de 50 % seulement.

Dès lors que l'intimé a retenu un salaire moyen de CHF 3'660.- par mois, en 2004, soit légèrement plus que le revenu effectivement réalisé par l'assurée, cette année-là, sachant que la part fixe de son salaire, pendant ces dernières années de travail en tant qu'esthéticienne, était toujours de CHF 2'900.- par mois, il a en effet tenu compte de la part de commissions moyennes effectivement réalisées. Selon le certificat de salaire 2004, le salaire brut annuel réalisé, de CHF 41'978.- l'a été pour une activité à 100 %. Là encore, l'intimé se fondant sur les déclarations de l'employeur qui mentionnait qu'en 2004, l'assurée aurait pu prétendre à un revenu annuel de CHF 43'500.- (supérieur à celui effectivement réalisé), a fixé le revenu sans invalidité sur la base de ce montant qu'il a indexé à l'année 2012 au moyen de l'indice suisse nominal des salaires et ainsi fixé le montant pris en compte à CHF 48'406.-. Force est de constater que, contrairement à ce qu'allègue la recourante, il a, à tout le moins de façon équitable, été pris en compte une capacité de gain de la recourante, incluant la part variable sous forme de commissions, ceci dans une mesure que la chambre de céans considère comme probante, au degré de la vraisemblance prépondérante. À cet égard, la recourante n'apporte aucun élément susceptible de rendre vraisemblable qu'elle aurait pu effectivement réaliser des commissions largement supérieures, en tout état au point que cela eût pu avoir une incidence sur la comparaison entre les revenus avec et sans invalidité ; et déterminer ainsi un taux d'invalidité atteignant les 40 %, limite en deçà de laquelle l'assuré ne peut prétendre à une quelconque rente d'invalidité. Se fondant sur le principe de l'application anticipée des preuves, la chambre de céans ayant acquis la conviction que - pour autant que des mesures d'instruction fiables se conçoivent - celles-ci ne changeraient en rien l'issue du recours, elle n'ordonnera pas les mesures sollicitées par la recourante, soit l'audition de témoins éventuels, voire une expertise.

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

21. Dans un dernier grief, la recourante invoque le fait que son médecin, dans son rapport du 1^{er} juillet 2014, répondant aux questions posées par la chambre de céans, avait attesté d'une diminution de rendement - sans toutefois se prononcer sur le taux à retenir - de sorte qu'il convenait de la prendre en compte, le cas échéant après instruction sur ce point.

La chambre de céans observe à cet égard que le médecin traitant, répondant à cette question, a tout d'abord rappelé qu'une aggravation de l'état de santé ne

signifie pas nécessairement une diminution du taux de capacité de travail. S'agissant plus précisément de la diminution du rendement, il a indiqué qu'elle était évidente lorsqu'il y avait une atteinte cognitive, mais qu'elle n'est guère chiffrable tant elle est dépendante de l'état de fatigue quotidien et des variations d'un jour sinon d'une heure à l'autre. Non seulement cette considération est toute générale, mais ne va pas au-delà du principe, mais il convient également d'avoir l'esprit que cette observation s'inscrit dans le contexte de considérations concernant l'évolution de la situation très récente, remontant à ce moment-là à un mois environ, soit postérieurement à la date de la décision entreprise. Dans ce contexte, la recourante, interrogée par la chambre de céans, en comparution personnelle, a elle-même indiqué qu'elle ne pouvait définir de façon précise ni chiffrer ce que l'on peut considérer comme une baisse de rendement dans son travail, car cela dépend des jours et surtout de sa fatigue. Elle a déclaré qu'il ressortait d'une évaluation récente de la part de son employeur que sa supérieure hiérarchique la sentait parfois fatiguée, et qu'il en résultait quelques erreurs dans son travail. Elle a toutefois confirmé que son employeur, la Fondation C_____, se montre humain et compréhensif par rapport à une baisse de régime qu'elle peut parfois subir. Elle a d'ailleurs précisé lors de cette audition qu'en dépit du fait que l'aggravation de son état de santé avait entraîné une incapacité de travail totale pendant plusieurs mois en 2014, cette période étant révolue aujourd'hui, elle n'avait entrepris aucune démarche nouvelle auprès de l'OAI, du moment que la durée de son incapacité totale ne pouvait pas être considérée comme durable. Il ressort donc de ce qui précède que l'éventuelle baisse de rendement, variable et ponctuelle, n'est dans l'état actuel des choses ni constante ni de nature à réduire, encore plus qu'elle ne l'est déjà, la capacité de travail de la recourante. La fatigabilité et les troubles sensitifs dont la recourante est affectée dans l'hémicorps gauche constituent déjà les limitations fonctionnelles prises en compte dans la réduction de sa capacité de travail. Sans perdre de vue la nature invalidante évolutive de la maladie dont souffre la recourante, la chambre de céans considère qu'au moment où la décision entreprise a été rendue, l'intimé n'avait aucun motif de prendre en compte complémentairement une baisse de rendement dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, d'autant qu'à ce jour, l'aggravation heureusement momentanée de son état de santé dans le courant de l'année 2014 ne semble plus d'actualité, selon la recourante elle-même. Ainsi, si malheureusement, dans l'avenir, cet aspect devait véritablement affecter sa capacité de travail de façon durable dans le cadre d'une nouvelle aggravation de son état de santé, elle aurait la possibilité de demander une réévaluation de la situation à l'OAI. Ce grief, comme les précédents, n'est donc pas fondé. 22. En tous points mal fondés, le recours est rejeté. La recourante, déboutée, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). 23. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (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 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :