

GE_GERICHTE ATAS/1120/2017 vom 7. Dezember 2017

GE Cour de justice, 2017-12-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1120_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1120/2017 du 7 décembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1120/2017 del 7 dicembre 2017

Erwägungen

E. 18

Le Dr D _____ a alors adressé à l'OAI en date du 2 septembre 2016 à l'OAI un certificat indiquant que l'assurée, suivie par plusieurs spécialistes, se plaignait de douleurs chroniques de tout le système locomoteur depuis plusieurs années et était, pour cette raison, dans l'incapacité de travailler à 50% depuis novembre 2013 et à 100% depuis octobre 2014.

E. 19

Le 26 septembre 2016, l'assurée a contesté le projet de décision du 5 août 2016 en contestant avoir conservé une capacité de travail entière dans une activité adaptée, ajoutant que le salaire d'invalidé aurait dû être réduit de 23% à 25%. À l'appui de sa position, elle se référait à un rapport établi le 23 septembre 2016 par le Dr D _____, concluant à une totale incapacité de travail dans toute activité en raison des douleurs articulaires, précisant qu'aucun traitement n'était susceptible d'améliorer son état de santé et qu'elle était suivie par un psychiatre depuis mars 2016.

E. 20

Par décision datée du 28 septembre 2017, notifiée le 22 décembre 2017, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation. L'OAI s'est référé à l'avis du SMR, lequel, s'il avait admis une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle (domaine de la restauration : aide de cuisine, serveuse et dame de buffet) depuis le 13 novembre 2013 (début du délai d'attente d'un an), considérait que, dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, la capacité de travail était restée totale depuis cette même date. Comparant le salaire sans invalidité (CHF 51'936.-) au revenu d'invalidé (CHF 45'724.-), il obtenait un degré d'invalidité de 12%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité ou à des mesures de reclassement. L'OAI ajoutait que le manque de formation professionnelle et de connaissances linguistiques n'étaient pas des critères pris en compte pour fixer l'ampleur de la réduction supplémentaire à appliquer. Quant aux années d'ancienneté, elles ne pouvaient être retenues car si l'assurée avait certes travaillé plusieurs années dans la restauration, cela avait été à différents postes et pour plusieurs employeurs.

E. 21

Par acte du 1er février 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.

A/377/2017 - 6/23 - La recourante rappelle qu'elle souffre de nombreuses douleurs dues à sa fibromyalgie et aux autres affections dont elle est atteinte, ce qui la limite fortement et l'empêche d'exercer une quelconque activité. Elle précise avoir été prise en charge du point de vue psychiatrique par la doctoresse L _____, spécialiste FMH en psychiatrie et

psychothérapie.

E. 22

Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 2 mars 2017, a conclu au rejet du recours.

E. 23

Par écriture du 6 avril 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle reproche aux médecins du SMR de n'avoir retenu aucune atteinte psychiatrique ayant une répercussion sur sa capacité de travail alors que, selon la Dresse L_____, sa capacité de travail est nulle depuis mars 2016. Elle leur fait également grief d'avoir estimé que la fibromyalgie n'a pas d'influence sur sa capacité de travail alors qu'il résulte de son dossier médical que c'est en raison des douleurs diffuses qu'elle est totalement incapable de travailler. Elle relève à ce propos que les médecins n'ont pas examiné la situation à l'aune de la nouvelle jurisprudence applicable en matière de fibromyalgie. Elle fait remarquer que les Drs D_____ et L_____ estiment quant à eux sa capacité de travail à 0%, même dans une activité adaptée. Enfin, elle maintient que la réduction de 15% appliquée au salaire d'invalidé ne prend pas en compte sa situation globale. À l'appui de ses conclusions, la recourante a produit notamment : - un rapport du Dr E_____ du 13 février 2017 confirmant qu'elle est suivie pour une fibromyalgie et une douleur à l'épaule gauche dans le contexte d'une arthrose acromio-claviculaire ; le médecin indique que sa patiente souffre de douleurs chroniques qui la gênent au quotidien, nuit et jour, et s'accompagnent d'une importante asthénie et de troubles du sommeil ; il précise que s'il n'y a pas de limitations fonctionnelles à l'examen clinique, la pression sur les points de fibromyalgie est douloureuse ; s'agissant de la capacité de travail de sa patiente, le médecin émet l'avis que la question doit être tranchée par un expert et qu'il convient de prendre en compte les autres pathologies, en particulier un probable état dépressif traité depuis mars 2016 ; - un rapport du 24 février 2017 de la Dresse L_____ confirmant qu'elle suit l'assurée depuis le 29 mars 2016 pour un trouble neuropsychiatrique se traduisant par des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, une diminution de la mémoire, de l'angoisse (++) , une humeur dépressive avec défenses hypomanes, une fatigabilité (++++) et une absence de libido ; la patiente est décrite comme polyplaintive au niveau somatique, avec des douleurs multiples s'accompagnant d'un sentiment de détresse et des difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie ; le médecin indique l'avoir mise

A/377/2017 - 7/23 - sous antidépresseurs et hypnotiques et la recevoir à raison d'une fois par mois ; selon elle, la capacité de travail est nulle depuis le 29 mars 2016, dans toute activité.

E. 24

Le 4 mai 2017, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à un nouvel avis du SMR du 26 avril 2017 considérant que les pièces produites n'avaient apporté aucun élément permettant de démontrer une aggravation ou une modification de l'état de santé de la recourante.

E. 25

Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du

E. 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 recours a été formé, compte tenu des fêtes du 18 décembre 2016 au 2 janvier 2017, dans le délai et selon la forme prescrits (art. 38 al. 4 let. c LPGA, 60 et 61 let. b LPGA). 4. La question litigieuse est de savoir si la recourante a droit à une rente d'invalidité. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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

A/377/2017 - 8/23 - incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour

les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 7. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargés d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération

A/377/2017 - 9/23 - des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4), de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 141 V 574 consid. 5.2 et ATF 136 V 279 consid. 3.2.3) et d'état de stress post-traumatique (ATF 142 V 342 consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5). 8. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). II

existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le

A/377/2017 - 10/23 - caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3). 9. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3).

A/377/2017 - 11/23 - A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un

contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que

A/377/2017 - 12/23 - facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans

l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure assécurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

A/377/2017 - 13/23 - recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces

A/377/2017 - 14/23 - avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). À teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'art. 44 LPGa prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1).

12. 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

A/377/2017 - 15/23 - 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).

13. En l'occurrence, l'intimé a conclu, en se fondant sur le rapport d'examen du SMR, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis novembre 2013, ce que l'intéressée conteste. Dans leur rapport du 20 mai 2016, les Drs J_____ et K_____, spécialistes auprès du SMR, ont retenu, à titre de diagnostics influençant la capacité de travail : des rachialgies, une discrète coxarthrose gauche

débutante, un syndrome rotulien gauche et une ostéoporose axiale avec ostéopénie périphérique, dont ils ont admis qu'ils entraînaient des limitations fonctionnelles, soit la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les genuflexions répétées, l'utilisation d'escabeaux, échelles ou escaliers, la marche en terrain irrégulier, le travail en hauteur, le maintien de la position debout plus de 30 minutes et la marche plus de 20 minutes. Les médecins ont estimé que la recourante avait malgré tout conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 13 novembre 2013. La Cour de céans constate que ce rapport d'examen répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Ce document se fonde en effet sur toutes les pièces du dossier, relate les plaintes de la recourante, comprend des anamnèses détaillées et les conclusions des examinateurs, dûment motivées et convaincantes, reposent sur des investigations approfondies. La recourante conteste les conclusions des examinateurs en soutenant qu'elle souffre d'une atteinte psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Elle se réfère pour cela à un avis de la Dresse L_____ du 24 février 2017. Sur le plan psychique, le Dr K_____ a expliqué que l'examen objectivait un trouble anxieux. La recourante était globalement détendue et souriante, mais par moments elle présentait une très discrète anxiété. Ce trouble n'avait jamais présenté de caractère incapacitant et était en voie de rémission depuis le nouveau traitement introduit par la Dresse L_____. Sa survenue était à mettre en relation avec l'accumulation de la fatigue secondaire aux troubles du sommeil dus aux douleurs. Par ailleurs, l'examineur a indiqué qu'au status, aucun trouble de l'humeur n'était objectivé ; les trois critères majeurs de la dépression étaient absents. En effet, il n'y avait ni abaissement de l'humeur, ni diminution de l'intérêt et du plaisir, ni franche réduction de l'énergie. La confiance en soi était fluctuante, mais tous les autres critères mineurs de la dépression étaient absents : pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'idées de dévalorisation ou de culpabilité, pas

A/377/2017 - 16/23 - d'attitude morose et pessimiste, pas d'idéation suicidaire, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution de l'appétit. Enfin, tous les symptômes somatiques de la dépression étaient absents, hormis une diminution marquée de la libido. En conclusion, il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. La Cour de céans rappelle que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, l'appréciation de la Dresse L_____ du 24 février 2017 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, ce médecin, qui suit la recourante depuis mars 2016, retient un trouble neuropsychiatrique se traduisant par des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, une diminution de la mémoire, des angoisses, une humeur dépressive avec défenses hypomanes, une fatigabilité et une absence de libido. Or, ce diagnostic ne figure pas dans la CIM-10. De plus, la Dresse L_____ se contente de relater les plaintes de sa patiente, sans donner aucune indication quant à ses propres constatations cliniques. En outre, il apparaît que la recourante n'est suivie qu'à raison d'une séance par mois, ce qui parle contre une pathologie psychiatrique

sévère. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée du Dr K_____ au profit de l'avis peu convaincant de la Dresse L_____. La recourante soutient également que c'est à tort que les examinateurs du SMR ont retenu que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Les conclusions des examinateurs et du médecin traitant, le Dr D_____ selon lequel la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité (rapport du 23 septembre 2016) - divergent effectivement. Cela étant, à la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il n'apparaît pas que les examinateurs ont ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. En effet, les éléments évoqués par les Drs D_____, E_____, C_____ et H_____ ont été pris en compte par les spécialistes du SMR. Ils ont notamment indiqué qu'au plan rachidien, des troubles statiques du rachis étaient relevés, avec une hernie discale, une lipomatose épidurale et des kystes péri-radiculaires. Il existait également un syndrome rotulien gauche. Des douleurs à la palpation des 14 points de Smythe sur 18 étaient relevées, ce qui permettait de confirmer le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr E_____. Les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis et une coxarthrose gauche. La recourante

A/377/2017 - 17/23 - présentait une ostéoporose et une ostéopénie avec un risque fracturaire augmenté ainsi que des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche et une bursite sous-acromiale. Les épreuves de périarthrite scapulo-humérale étaient cependant négatives. Au vu des diagnostics posés, les examinateurs ont retenu des limitations fonctionnelles, dont ils ont admis qu'elles n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et de serveuse polyvalente. Ils ont en revanche considéré que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était entière, expliquant qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité adaptée, étant donné que la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Quant au Dr D_____, il se contente, dans son rapport du 23 septembre 2016, de qualifier l'incapacité de travail de sa patiente de totale dans toute activité, sans apporter de véritable motivation, hormis le fait que les douleurs articulaires la gênent. Partant, l'avis divergent du Dr D_____ concernant la capacité de travail de la recourante n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions des examinateurs, d'autant plus qu'hormis ce médecin, aucun autre médecin ayant examiné la recourante ne considère que les atteintes somatiques de la recourante auraient une répercussion dans l'exercice d'une activité adaptée. La recourante soutient également que la fibromyalgie dont elle souffre a une répercussion sur sa capacité de travail. À cet égard, elle fait valoir que les nouveaux critères jurisprudentiels n'ont pas été appliqués par les examinateurs. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, on relèvera que les examinateurs se sont prononcés sur le caractère invalidant de la fibromyalgie compte tenu des nouveaux critères détaillés à l'ATF 141 V 281, rendu le 3 juin 2015, soit postérieurement à la réalisation de leur examen. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, ils ont estimé que la fibromyalgie n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Ils ont par ailleurs relevé l'absence de motif d'exclusion et le traitement administré sur le plan somatique avait été conduit dans les règles de l'art. Les médecins ont déploré que la recourante n'ait pas bénéficié de physiothérapie active dans le cadre de la physiothérapie à sec. Par ailleurs, bien que la recourante se plaigne de douleurs généralisées, ils ont relevé qu'elle ne prenait du Dafalgan qu'en réserve. Sur le plan psychiatrique, la recourante avait eu recours à un antidépresseur pour améliorer les troubles

du sommeil. Depuis mars 2016, elle était prise en charge par une psychiatre, qui avait prescrit un nouveau traitement, grâce auquel la recourante dormait très bien et se sentait moins fatiguée. L'adhésion à la thérapie était bonne et le traitement était également conduit par un artisan. Par ailleurs, des mesures de réadaptation étaient raisonnablement exigibles sur le plan somatique et psychique. En outre, il n'y avait pas de comorbidité psychique privant la recourante de certaines ressources. En effet, la très discrète anxiété constatée par les

A/377/2017 - 18/23 - examinateurs, qui était en voie de rémission, ne répondait pas au diagnostic d'anxiété généralisée et la recourante ne présentait aucun trouble de l'humeur. La recourante avait conservé ses ressources personnelles et une certaine autonomie. En effet, la description de sa vie quotidienne démontrait que la recourante faisait son ménage avec sa fille, les courses et les repas avec son mari. Elle avait conservé plusieurs centres d'intérêt, elle regardait la télévision, lisait, se promenait, aimait jouer avec les chiens et rencontrait sa famille. Enfin, il existait une incohérence : si la recourante se plaignait de douleurs généralisées importantes, la tolérance à la position assise avait été en revanche bonne en cours d'entretien. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen permet de retenir, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre la recourante. Au demeurant, on relèvera que le Dr E_____, rhumatologue traitant, a également estimé que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 23 mars 2014). Au vu de ce qui précède, il est de constater que les conclusions des examinateurs ne sont remises en doute par aucun document et rien ne justifie de s'en écarter. Partant, la Cour de cassation fera siennes les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR concernant l'état de santé de la recourante, soit une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès novembre 2013, mais préservée s'agissant d'une activité adaptée. 14. Il convient à présent de se prononcer sur le taux d'invalidité. Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. 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

A/377/2017 - 19/23 - 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). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa

part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). 15. a. En l'occurrence, le droit éventuel à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2014, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. S'agissant du salaire annuel sans invalidité que la recourante aurait pu obtenir en 2014, c'est à juste titre que l'intimé a retenu CHF 51'936.- sur la base des informations fournies par l'employeur le 19 février 2014. Au demeurant, la recourante ne le conteste pas. S'agissant du salaire avec invalidité, si l'on se réfère à l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 (T1_tirage_skill_level), soit CHF 4'300.- x 12 mois, soit CHF 51'600.- par an. Cette valeur statistique s'applique

A/377/2017 - 20/23 - en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à CHF 53'793.- ($51'600 \times 41.7 / 40$). b. Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (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). Dans un arrêt 9C_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon

A/377/2017 - 21/23 - prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. Dans un arrêt 8C_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a en revanche estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, le Tribunal fédéral a rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé. Enfin, selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation - examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes - l'âge avancé ne constitue pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). c. En l'occurrence, l'intimé a retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assurée et du fait que seule une activité légère est désormais possible. Dans son recours, la recourante soutient, sans autre motivation, que ce taux d'abattement ne tient pas compte de sa situation globale. La Cour de céans constate qu'en 2014, année de l'ouverture du droit à la rente, la recourante, de nationalité suisse et bénéficiant d'un taux d'occupation de 100%, était âgée de 56 ans et rencontrait un certain

nombre de limitations fonctionnelles. Si la recourante a certes toujours travaillé dans le domaine de la restauration, il n'en demeure pas moins que lorsque l'incapacité de travail durable est survenue, elle n'était salariée auprès de son employeur que depuis deux ans. En outre, la recourante a fait preuve d'une grande capacité d'adaptation dans la mesure où elle a fréquemment changé d'entreprise et s'est pliée à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents (cf. curriculum vitae, pièce 13 chargé intime).

A/377/2017 - 22/23 - Compte tenu du contexte personnel et professionnel de la recourante, la Cour de céans est d'avis que l'abattement de 15% retenu est conforme aux principes et à la jurisprudence susmentionnée. Le revenu d'invalidité en 2014 est par conséquent de CHF 45'724.- (53'793.- - 8'068.95). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 51'936.-, il en résulte un taux d'invalidité de 11.96 % ($(51'936 - 45'724.) : 51'936. \times 100$), arrondi à 12% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Force est ainsi de constater que le calcul auquel a procédé l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante ne prête pas le flanc à la critique. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. Étant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/377/2017 - 23/23 - 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.