

GE_GERICHTE ATAS/14/2017 vom 17. Januar 2017

GE Cour de justice, 2017-01-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_14_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/14/2017 du 17 janvier 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/14/2017 del 17 gennaio 2017

Erwägungen

E. 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 1er 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.

E. 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).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 466 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b ; 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'occurrence, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du

A/144/2016 - 9/21 - 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 4

Selon l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours. L'art. 38 LPGA prévoit que si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (al. 4 let. c). En l'espèce, la décision du 19 novembre 2015 a été reçue le 30 novembre 2015. Compte tenu de la suspension du délai de recours durant la période précitée, le recours, interjeté le 14 janvier 2016 dans la forme prescrite, est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA- RS/GE E 5 10]).

E. 5

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimé, en particulier l'octroi d'une rente d'invalidité.

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1 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 incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 7

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).

A/144/2016 - 10/21 - Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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 ; 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).

E. 8

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier

A/144/2016 - 11/21 - et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est généralement enclin, en

cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

E. 9

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 10

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

E. 11

Enfin, 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

A/144/2016 - 12/21 - 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

E. 12

En l'espèce, la recourante conteste être en mesure de travailler à temps complet et produit de nouveaux rapports de ses médecins-traitants, postérieurs à la décision attaquée.

E. 13

À titre préalable, il convient de relever que les rapports de la Dresse M_____ du 1er mars 2016, de la Dresse I_____ du 4 mars 2016, du Dr B_____ du 8 mars 2016 et du Dr J_____ du 30 mars 2016 se rapportent aux atteintes à la santé préexistant à la décision litigieuse et qui ont fait l'objet de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante, de sorte que ces documents doivent être pris en considération par la chambre de céans.

E. 14

a. S'agissant du membre supérieur gauche, la recourante souffre de séquelles d'une poliomyélite développée durant l'enfance. Suite à sa fracture de l'humérus proximal gauche le 29 août 2012, elle a présenté une paralysie totale du circonflexe entraînant une subluxation inférieure scapulohumérale, responsable de douleurs. Les examens réalisés ont révélé une atteinte diffuse de tout le membre supérieur gauche et une altération de la coiffe des rotateurs avec une infiltration graisseuse (rapport du Prof. C_____ du 12 mars 2013). À neuf mois du sinistre, le Dr B_____ a constaté une épaule paralytique et l'impossibilité pour la recourante d'utiliser son membre supérieur. Il a estimé que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle, mais entière dans une activité adaptée ne comportant pas de travail avec les bras au-dessus de la tête, la montée sur une échelle ou un échafaudage, ainsi que le port de charges (rapport du 7 juin 2013). L'arthrodèse pratiquée le 10 mars 2015 n'a pas amélioré la mobilité, mais a eu un effet positif sur les douleurs. Si la recourante demeure lourdement handicapée, des progrès ont été constatés en octobre 2015 car elle parvenait alors à manger avec son bras gauche. Dans son dernier rapport, le Dr B_____ a confirmé ses précédentes conclusions, à savoir que la recourante ne pouvait pas travailler avec son membre supérieur gauche. En revanche, il a estimé, contrairement à ce qu'il avait antérieurement retenu, qu'une activité adaptée ne pourrait être réalisée qu'à 50%, et ce afin de permettre à la recourante de ménager son membre supérieur droit et éviter des lésions. Tout port de lourdes charges ou à répétition était à proscrire (rapport du 8 mars 2016). À l'instar du Dr H_____, la chambre de céans constate que la nouvelle appréciation du Dr B_____ quant à la capacité de travail dans une activité adaptée n'est pas motivée par une aggravation de l'état de santé de la recourante. Au contraire, une légère amélioration a été constatée entre les rapports des 7 juin 2013 et 8 mars 2016 puisque l'intervention du 10 mars 2015 a eu un effet

A/144/2016 - 13/21 - positif sur les douleurs. Les nouvelles conclusions du Dr B_____ visent uniquement à ménager le membre supérieur valide, lequel ne présente en soi aucune limitation fonctionnelle. De surcroît, les restrictions retenues à cet égard, à titre préventif uniquement, ne concernent que le port de charges lourdes et le port répétitif de charges, et n'empêchent donc pas la recourante, droitrière, d'utiliser son bras dominant dans des activités légères ou fines. Elle a d'ailleurs été en mesure de débiter un stage à l'Espace solidaire F_____ au printemps 2013 où elle était encore occupée en septembre 2013 à 50%, en charge de l'accueil et de l'information. On ne voit pas pour quelle raison cette activité adaptée à 50% n'aurait pas pu être exercée à 100%. Partant, la chambre de céans est d'avis que rien ne justifie de s'écarter des premières conclusions du Dr B_____ et tient pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que les atteintes orthopédiques dont souffre la recourante ne sont pas incompatibles avec l'exercice à temps complet d'une activité professionnelle monomanuelle. b. Au niveau psychiatrique, la Dresse I_____ a fait état de « tendances à l'alcool », de troubles du comportement alimentaire avec une opératique de by-pass gastrique et d'une importante labilité émotionnelle, troubles qui n'avaient aucune répercussion sur la capacité de travail. La recourante était abstinent depuis 2007, son poids était désormais stable et elle faisait appel au centre Phénix lorsque sa labilité émotionnelle le requérait. Une rechute au début de l'année 2013 avait nécessité un séjour à la Maison E_____ et le suivi mis en place, ainsi que le traitement médicamenteux, permettaient une poursuite ambulatoire (rapport du 9 septembre 2013). Dans son second rapport, la Dresse I_____ a confirmé les diagnostics de trouble alimentaire, de personnalité émotionnellement labile et de troubles mentaux liés à la consommation de l'alcool, actuellement abstinent. Elle y a toutefois ajouté celui de trouble

dépressif récurrent, sans préciser la date de sa survenance. Il n'est donc pas possible, en l'état, de déterminer si cette affection est antérieure à la décision litigieuse et peut ainsi être prise en considération, ou si elle lui est au contraire postérieure. Cela étant, cette question peut demeurer ouverte dès lors que la psychiatre traitant n'a retenu aucune limitation psychologique et indiqué que les capacités cognitives de la recourante étaient conservées, grâce au suivi du traitement. Elle a d'ailleurs indiqué que les douleurs et la limitation de mobilité au bras gauche étaient un facteur de risque de rechute de la dépression, ce qui permet d'en déduire que le trouble dépressif était alors en rémission. Selon la psychiatre, la capacité de travail de sa patiente, que ce soit dans l'activité habituelle ou dans une profession adaptée, devait être précisée par le spécialiste de l'épaule (rapport du 4 mars 2016). Ces rapports permettent donc de conclure que l'état de santé psychique de la recourante, laquelle fait l'objet d'un suivi adéquat et efficace, n'entrave en l'état pas sa capacité de travail.

A/144/2016 - 14/21 - c. Sur le plan de la médecine interne, le Dr J _____ a retenu dans son premier rapport que les seuls diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail étaient ceux liés aux atteintes du membre supérieur gauche. Il a indiqué que la recourante était asthmatique depuis l'âge de 7 ans, sans que cet état n'influence sa capacité de travail. Ce médecin a retenu les mêmes symptômes et les mêmes limitations fonctionnelles que le Dr B _____, à savoir des douleurs et une impotence du membre supérieur gauche, et l'interdiction de porter des charges, de travailler avec les bras au-dessus de la tête et de monter sur des échelles ou échafaudages (rapport du 20 septembre 2013). Dans son dernier rapport, le Dr J _____ a précisé que la recourante souffrait d'asthme allergique avec des épisodes d'exacerbations suite aux bronchites infectieuses. Elle devait pouvoir être soignée rapidement le cas échéant et l'intensité du traitement était variable, sans qu'un traitement continu ne soit nécessaire. Si la recourante était sensible aux effets de son environnement, tels que les odeurs, la poussière ou la fumée, elle pouvait néanmoins travailler dans un environnement « propre ». Le Dr J _____ a confirmé que le handicap majeur était l'incapacité fonctionnelle du membre supérieur gauche (rapport du 30 mars 2016). Dans ces conditions, il y a lieu de conclure que l'asthme dont souffre la recourante n'entraîne pas d'incapacité de travail dans un milieu qui ne soit pas exposé à la fumée, à des odeurs ou à la poussière. d. Au niveau cardiaque, la Dresse M _____ a expressément exclu toute pathologie significative et relevé que la recourante ne nécessitait pas de traitement médical et ne justifiait pas de limitations de ses activités (rapport du 1er mars 2016). Ainsi, la recourante ne présente aucun trouble cardiaque qui devrait être pris en considération par l'intimé. e. Enfin, la recourante allègue, dans ses écritures des 13 janvier et 31 mars 2016, souffrir d'une hernie à l'estomac et d'une tendinite chronique à l'avant-bras droit. De telles affections ne sont toutefois confirmées par aucune pièce du dossier, en particulier ni par le rapport du médecin-traitant généraliste de la recourante, le Dr J _____, ni par celui du spécialiste qui la suit régulièrement sur le plan orthopédique, le Dr B _____. Quant au Dr K _____, il n'a pas retourné à l'intimé le rapport médical sollicité, en dépit de plusieurs relances, ce dont la recourante a été informée.

E. 15

Eu égard à tout ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la recourante n'est limitée dans sa capacité de travail que par ses atteintes au membre supérieur gauche, membre qu'elle ne peut plus du tout utiliser dans l'exercice d'une activité professionnelle. En revanche, sa capacité de travail demeure

entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr B_____ dans son premier rapport, étant ajoutée la réserve liée à un environnement exempt de fumée, de poussière et d'odeurs.

A/144/2016 - 15/21 -

E. 16

L'intimé était donc fondé à retenir que la capacité de travail médicalement exigible de la recourante est de 100% dans un travail adapté.

E. 17

Il convient à présent de fixer le degré d'invalidité de la recourante.

E. 18

Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi- rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

E. 19

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 28a al. 1 LAI). 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 ; 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 128 V 174).

E. 20

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

A/144/2016 - 16/21 - 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

E. 24

Partant, c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de la recourante à une rente, son degré d'invalidité étant insuffisant.

E. 25

Reste à se prononcer sur le droit à une éventuelle mesure d'ordre professionnel.

E. 26

a. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

A/144/2016 - 19/21 - b. Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid. 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa

capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a ; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

E. 27

En l'occurrence, la recourante ne peut certes plus travailler en qualité de serveuse. Cela étant, il y a lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un nombre significatif d'activités qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et qui sont accessibles sans aucune formation particulière. On peut à cet égard citer pour exemple des tâches simples de surveillance, d'accueil, de réception, de vérification ou de contrôle, pour lesquelles une simple mise au courant suffit. Des mesures de réadaptation ne sont ni nécessaires ni appropriées à la mise en valeur de la capacité de travail résiduelle de la recourante. En outre, on relèvera que cette dernière a suivi un stage à 50% par le biais de l'Hospice général et refusé la mesure d'aide au placement proposée parallèlement par l'intimé, car elle ne pensait pas pouvoir assumer plus d'une activité à mi-temps, ce qui dénote d'un manque de motivation. De même, bien qu'elle recourt contre la décision et requiert que son droit à des « prestations » soit reconnu, en particulier à une rente d'invalidité, elle ne discute pas du tout du refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel et ne conclut pas spécifiquement à l'octroi de telles mesures. Il appert donc qu'elle conteste la décision litigieuse non pas pour

A/144/2016 - 20/21 - bénéficiaire de moyens particuliers pouvant contribuer à améliorer sa capacité de gain, mais uniquement car elle ne se considère pas apte à reprendre une activité professionnelle à temps complet. Partant, la décision de l'intimé peut également être confirmée en ce sens qu'elle refuse à la recourante l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

E. 28

Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, est rejeté.

E. 29

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/144/2016 - 21/21 - 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.