

# **GE\_GERICHTE ATAS/224/2016 vom 21. März 2016**

GE Cour de justice, 2016-03-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_224\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_224_2016)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/224/2016 du 21 mars 2016

IT: GE\_GERICHTE ATAS/224/2016 del 21 marzo 2016

## **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; RSG 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).

### **E. 2**

La loi sur la partie générale des assurances sociales (LPGA), entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

### **E. 3**

Interjeté dans les formes et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente-invalidité.

### **E. 5**

a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste

A/3393/2013 - 11/20 - 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 1er janvier 2008). b. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. c. 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. 6**

a. 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). b. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). c. 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.

A/3393/2013 - 12/20 - d. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). e. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités

professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité

A/3393/2013 - 13/20 - résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

## **E. 7**

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 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. 8**

a. 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). b. 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 ;

A/3393/2013 - 14/20 - 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).

## **E. 9**

a. En l'espèce, la première question à trancher est celle de la valeur probante de l'expertise judiciaire. Il y a lieu de constater que cette dernière se fonde sur un dossier complet, une anamnèse détaillée, des constatations objectives des experts et que ses conclusions sont motivées. b. L'intimé conteste la valeur probante de l'expertise, du fait que l'expert psychiatre relatait des scores d'auto-évaluation différents à chaque entretien et faisait état des loisirs et occupations de l'assurée, ce qui ne constituait pas, selon lui, un examen clinique en bonne et due forme. c. S'agissant des conclusions psychiatriques de l'expertise, elles se fondent, notamment, sur une anamnèse psychosociale et psychiatrique et les constats de l'expert psychiatre, qui a reçu à deux reprises l'expertisée. Il a lui-même constaté que lors du premier rendez-vous, l'assurée se sentait bien, ce qui n'était pas le cas lors du second, ce qui explique les scores différents d'auto-évaluation de la douleur. L'état variable de l'assurée est, en outre, confirmé par les conclusions de l'expertise sur le plan rhumatologique, qui indiquent qu'elle souffre d'un rhumatisme palindromique avec des poussées mensuelles, soit des crises douloureuses. d. L'intimé estime encore que les experts ne pouvaient se baser, comme ils l'ont fait, sur le rapport des EPI du 29 avril 2013 pour fonder des conclusions médicales, dès lors que l'assurée avait souhaité interrompre cette mesure, qu'elle jugeait inutile. e. Il y a lieu de relever à cet égard que le rapport des EPI atteste de crises douloureuses intervenant de manière inopinée et aléatoire, sans émettre de doutes à ce sujet. Ce n'est pas parce que l'assurée a souhaité elle-même interrompre la mesure que les constatations faites lors de cette dernière sont sans pertinence, ce d'autant plus qu'elles validaient les constatations des experts. L'on ne saurait ainsi reprocher aux experts d'en avoir tenu compte dans leur appréciation du cas. f. Quant aux références de l'expert psychiatre aux loisirs et occupations de l'assurée, elles sont explicitées sous le chiffre 8 du rapport d'expertise, relatif à la capacité de travail, où il est relevé que, même dans les activités légères et exercées à temps très partiel avec peu ou pas de contrainte, soit les activités de bénévolat de l'assurée pour lesquelles elle était extrêmement motivée, ne pouvaient être maintenues sans interruptions répétées. Ces indications ont un intérêt évident

dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, car le fait que cette dernière soit également limitée dans les activités qui la motivent grandement accrédite la réalité de ses limitations. On notera à cet égard qu'il appartient à tout expert d'intégrer dans le cadre de sa réflexion les facteurs motivationnels à l'œuvre chez l'expertisé (cf. Lignes directrices de la Société suisse de psychiatrie d'assurance pour

A/3393/2013 - 15/20 - l'expertise médicale des troubles psychiques, in Bulletin des médecins suisses 2004/85 p. 1907). L'expertise apparaît ainsi complète et objective. Elle n'a ainsi pas été établie de manière non conforme aux lignes directrices de qualité des expertises psychiatriques dans le domaine de l'assurance-invalidité de la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie citées par l'intimé. g. La recourante estime quant à elle que l'expertise doit être précisée, car elle retient une capacité de travail d'un point de vue psychologique limitée à 20 %, tout en mentionnant qu'il n'y a pas de limitations fonctionnelles du point de vue psychiatrique. h. L'expertise contient effectivement une apparente contradiction sur ce point, qu'il y a lieu d'examiner en tenant compte de la motivation complète de l'expert à ce sujet. Il a indiqué que les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés et de cannabis de l'assurée n'avaient pas de répercussion sur sa capacité de travail, en relevant que le trouble borderline "pouvait" avoir une influence sur sa capacité travail de par l'irritabilité plus fréquente et que les douleurs ont un retentissement psychique "pouvant" altérer la capacité de travail, mais qu'il était difficile d'en définir les conséquences exactes. La difficulté de pouvoir se prononcer était essentiellement due à la fluctuation des différents états. L'expert a ainsi clairement exprimé ses doutes quant à la capacité de travail du point de vue psychiatrique, qui s'expliquent par les variations dans l'état de l'expertisée et l'imbrication entre les causes rhumatologiques et psychiatriques de l'incapacité de travail, de sorte que ces doutes ne remettent pas en cause la valeur probante de l'expertise dans son ensemble. Il y a en revanche lieu d'en tenir compte, en ne retenant pas les conclusions de l'expertise s'agissant de la capacité de travail de l'assurée, en lien avec les diagnostics d'ordre psychiatrique, ce qui est sans incidence concrète, puisque, sur le plan rhumatologique, l'expert a évalué la capacité de travail de l'assurée à 20 % dans une activité adaptée, et ce, de manière claire et non contestée. i. Il sera ainsi retenu, sur la base des conclusions de l'expertise judiciaire, que la capacité de travail de la recourante est de 20 % dans un poste adapté depuis le 8 août 2011.

#### **E. 10**

Reste à déterminer le degré d'invalidité de l'assurée.

#### **E. 11**

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

A/3393/2013 - 16/20 - 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). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui, comme fait interne, ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

#### **E. 12**

En l'espèce, il y a lieu de retenir un statut d'actif de l'assurée, dès lors qu'elle a indiqué à l'OAI que, sans atteinte à la santé, elle travaillerait à plein temps, ce que confirme le fait qu'elle s'est inscrite à l'OCE en 2000 pour un emploi à 100 %.

#### **E. 13**

a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). b. 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). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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 6 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. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). c. 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

A/3393/2013 - 17/20 - 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). d. Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité 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).

Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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

A/3393/2013 - 18/20 - évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation.

L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

e. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

#### **E. 14**

a. En l'espèce, en application des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le moment déterminant pour procéder à la comparaison des revenus est le 8 août 2012, soit un an après le début de l'incapacité de travail, date qui est postérieure de plus de 6 mois à la demande de rente, qui a été formée le 17 novembre 2011. b. L'OAI a pris en compte, pour déterminer le revenu sans invalidité, un revenu statistique sur la base de l'ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 pour une femme (activités simples et répétitives), sans qualification requise, soit CHF 4'225.-, ce qui correspond, adapté à la moyenne usuelle de l'horaire de travail dans les entreprises et indexé à 2012, à un revenu annuel de CHF 53'771.-. c. Dans la mesure où l'assurée était concrètement engagée par G\_\_\_\_\_ Sàrl, au moment de la survenance de l'incapacité de travail durable, l'on pourrait se demander s'il ne conviendrait pas de se fonder plutôt sur les conditions salariales concrètes offertes par cette société, quand bien même l'assurée a résilié son contrat de travail pendant le temps d'essai. Dans cette hypothèse, en tenant compte d'un salaire horaire de CHF 28.- l'heure, l'on arrive, sur la base de 42 heures par semaine correspondant à l'horaire de travail normal dans cette entreprise, à un salaire annuel en 2012, de CHF 61'715.-. d. S'agissant du revenu avec invalidité, l'OAI a pris en compte, à juste titre, un salaire statistique sur la base de l'ESS 2010, TA1, activité de niveau 4 (activités simples et répétitives pour une femme exerçant dans le domaine des services),

A/3393/2013 - 19/20 - correspondant à la ligne 45-96, soit CHF 4'206.-. En effet, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Adapté à la moyenne usuelle de l'horaire de travail dans les entreprises et indexé, le salaire annuel en 2012 à retenir est de CHF 53'529.-. En tenant compte d'une capacité de travail de 20 % et d'un abattement supplémentaire de 10 % pour tenir compte des limites fonctionnelles de la recourante, le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2012 est de CHF 9'635.-. e. En procédant à la comparaison du revenu sans invalidité établi sur une base statistique et du revenu avec invalidité, le taux d'invalidité est de 82 % ( $(53'771 - 9'635) \times 100 / 53'771$ ). En procédant à la comparaison du revenu établi sur la base des prestations de G\_\_\_\_\_ Sàrl et du revenu avec invalidité, le taux d'invalidité est de 84 % ( $(61'715 - 9'635) \times 100 / 61'715$ ). Il en résulte que, dans les deux cas de figure, l'assurée a droit à une rente invalidité entière. f. Son droit à la rente a pris naissance le 8 août 2012 et la rente doit être payée dès le 1er août 2012.

#### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours sera admis, la décision du 23 septembre 2013 sera annulée et il sera dit que l'assurée a droit à une rente-invalidité entière dès le 1er août 2012.

#### **E. 16**

La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

#### **E. 17**

Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.- (art. 69 al. 1bis LAI).

A/3393/2013 - 20/20 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la  
forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte  
Originaltext. Quellen-URL siehe oben.