

# **GE\_GERICHTE ATAS/302/2010 vom 23. März 2010**

GE Cour de justice, 2010-03-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_302\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_302_2010)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/302/2010 du 23 mars 2010

IT: GE\_GERICHTE ATAS/302/2010 del 23 marzo 2010

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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**

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2). 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 345 consid. 3). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, sont régies par le même principe et ne sont donc pas applicables.

A/4204/2009 - 7/18 -

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision date du 27 octobre 2009, de sorte que le recours du 23 novembre 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'orientation professionnelle ainsi qu'à une rente entière dès le 14 juillet 2005, plus spécialement sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail et le calcul du taux d'invalidité.

### **E. 5**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une

atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). En vertu de l'art. 28 al. 1 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. L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est 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 références citées). Le juge ne peut 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).

## **E. 6**

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 li-

A/4204/2009 - 8/18 - tigeux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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/bb et cc).

#### **E. 7**

Dans un premier moyen la recourante conteste les conclusions du rapport du Dr N\_\_\_\_\_ en tant que son anamnèse est incomplète, tant sur le plan psychique qu'allergique, et qu'il ne tient pas compte de limitations dues à son hyperlaxité ainsi qu'à ses migraines. Par conséquent, il y a lieu d'examiner la valeur probante de ce rapport. Dans son rapport du 4 mars 2008, le Dr N\_\_\_\_\_ énumère les plaintes de la recourante consistant en douleurs avec inflammations de type tendinite au niveau des poignets, plus spécialement de la base des pouces, présentes depuis le début des années 1990, douleurs aux épaules, cervicalgies depuis l'accident du 12 janvier 2000 avec également des douleurs dorsales et lombaires, maux de tête sous forme d'hémicrâniées avec nausées et vomissements, douleurs au niveau des doigts et hyperlaxité ligamentaire. À l'examen clinique, il constate une mobilité lombaire normale, une mobilité cervicale également normale mis à part une limitation de la flexion cervicale et une mobilité des articulations périphériques bien conservée. Il

A/4204/2009 - 9/18 - note des signes de périarthrite scapulo-humérale à l'épaule gauche avec des tests cliniques mettant en évidence une tendinite du sus-épineux et un conflit sous-acromial, des douleurs à la face dorsale du poignet gauche à la palpation et à la mobilisation sans signes de synovite ou de tendinite locale. Il met également en évidence une douleur de l'épicondyle gauche, mais sans signes d'épicondylite et la présence d'une hyperlaxité ligamentaire avec un score de Beighton de 6/9. Le Dr N\_\_\_\_\_ a rédigé son rapport après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et tenu compte des constatations qu'il a faites lors de son examen clinique. Il procède à une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail. Enfin, ses conclusions sont motivées en tant que, notamment, il explique que les diagnostics qu'il a posés et son appréciation de la capacité de travail reposent sur les examens radiologiques à disposition. Ces derniers révèlent un bec acromial antéro-inférieur gauche réduisant considérablement l'espace acromial gauche, la présence de petites érosions en regard du trochiter pouvant traduire un syndrome d'impingement, des troubles statiques dégénératifs avec un antélisthésis de grade I de C2 sur C3 et un rétrolisthésis instable de grade I de C5 sur C6. Par conséquent, ses conclusions reposent sur des critères objectifs.

#### **E. 8**

S'agissant des divers griefs que formule la recourante, même si le Dr N\_\_\_\_\_ n'a pas mentionné dans son rapport rhumatologique les troubles psychiques dont elle a souffert auparavant, ni n'a retenu de diagnostic en relation avec son allergie aux produits, on ne voit pas en quoi ces éléments permettent de douter de la valeur probante de son rapport. En effet, la recourante ne s'est nullement plainte de troubles psychiques, ni d'une telle allergie lors de l'examen et même le médecin traitant ne fait nulle mention de ces troubles dans ces divers rapports. Il précise, au contraire, qu'il n'a pas fait état de troubles mixtes anxio-dépressifs et de personnalité borderline, car la recourante allait mieux. Quant à l'hyperlaxité, le médecin du SMR a considéré, au vu de son examen clinique, qu'elle n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail. Les divers rapports du Dr L\_\_\_\_\_

ne retiennent pas davantage le diagnostic d'hyperlaxité. En effet, dans son rapport du 17 juin 2007, il diagnostique des « cervico-brachialgies et épaules des deux côtés » sans poser de diagnostic à la main droite, tout en précisant que la recourante souffre de troubles à ce niveau. Dans celui du 17 décembre 2009, il retient une tendinopathie de la coiffe avec un conflit sous-acromial et mentionne une limitation fonctionnelle de l'utilisation des bras gauche et droit sans indiquer de troubles à la main droite. Par conséquent, soit ces rapports sont contradictoires et ne permettent pas de remettre en question les conclusions du Dr N\_\_\_\_\_, soit les troubles se sont péjorés postérieurement à la décision litigieuse. En effet, la recourante n'invoquait aucune plainte concernant les mains, lors de son entretien avec la réadaptatrice du 21 août 2009. Par ailleurs, la description que fait l'inspecteur de l'assurance perte de gain de l'hyperlaxité, dans son rapport du 14 décembre 2006,

A/4204/2009 - 10/18 - ne correspond pas à un avis médical, de sorte que cette pièce ne saurait remettre en cause l'avis du médecin du SMR (cf. ATFA non publié I 751/03). Au demeurant, le rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_ ne se prononce pas sur une incapacité de travail en rapport avec ce trouble de sorte qu'il n'est d'aucun secours. Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, il appartient à l'expert d'apprécier la capacité résiduelle de travail du patient sur la base de critères objectifs, notamment du dossier radiologique et de son examen clinique afin de déterminer si les plaintes de l'assuré concordent avec les observations médicales concluantes. Si tel n'est pas le cas, il est tout à fait cohérent qu'il ne retienne aucune incapacité de travail. Le Dr N\_\_\_\_\_ s'étant basé sur des éléments objectifs pour nier un caractère incapacitant à ce trouble, son appréciation n'est pas critiquable. S'agissant du grief concernant le diagnostic de migraines que le Dr N\_\_\_\_\_ n'a pas retenu, il convient de préciser que la question du diagnostic exact importe peu, puisque du point de vue de l'assurance-invalidité, seuls sont déterminants les effets de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail et, partant, sur la capacité de gain, de l'assurée. En effet, en soi, un diagnostic ne signifie pas encore qu'il existe une atteinte ayant valeur de maladie et des effets sur la capacité de travail et de gain (cf. ATF 127 V 298 consid. 4c; ATFA non publié I 79/04 du 12 avril 2005, consid. 5.4). Or, le fait que la Dresse Q\_\_\_\_\_ indique que « la patiente est alors limitée dans ses activités » repose sur les seuls dires de la recourante et ne correspond pas à une appréciation basée sur des éléments objectifs. De plus, le médecin traitant ne mentionne pas de migraines dans ses divers rapports et on peut douter que ces troubles, qui se manifestent une à deux fois par mois, puissent entraîner une diminution de la capacité de travail (cf. ATF non publié 9C\_561/2009 du 14 janvier 2010, consid. 4.3). Enfin, aucun de ces médecins ne fait état d'éléments objectifs pertinents que le Dr N\_\_\_\_\_ n'aurait pas pris en considération. Or, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise, une évaluation médicale complète et approfondie ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne pourrait en aller différemment que si lesdits médecins faisaient état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'évaluation globale et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF non publié 9C\_181/2007 du 22 janvier 2008, consid. 3.1 et ATFA non publié I 701/05 du 5 janvier 2007, consid. 2; ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175).

A/4204/2009 - 11/18 - Il s'ensuit que le rapport d'expertise du médecin du SMR remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Par conséquent, le Tribunal de céans suivra ses conclusions et retiendra l'existence d'une incapacité de travail dans l'activité antérieure à partir du 14 juillet 2005, ainsi que l'absence d'incapacité de travail dans une activité adaptée.

#### **E. 9**

Dans un second moyen, la recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir procédé à une instruction sur le plan psychique au vu de ses troubles antérieurs et de son état dépressif chronique grave avec capacité de travail d'au maximum 50% ressortant du rapport de la Dresse P \_\_\_\_\_ du 27 novembre 2009. 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, devant normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence), sauf s'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; ATF non publié 9C\_449/2007 du 28 juillet 2008, consid. 2.2). En l'espèce, dans le cadre de la présente procédure, il n'y a pas lieu de prendre en considération le rapport la Dresse P \_\_\_\_\_, car il est postérieur à la décision entreprise du 27 octobre 2009, ne se réfère pas à la classification internationale, n'est pas motivé et est en contradiction avec les renseignements donnés par la recourante à la réadaptatrice. En effet, selon le rapport du 21 septembre 2009 de cette dernière, le suivi par la psychiatre date de mai 2009, soit une durée de cinq mois à la date de la décision, qui ne permet pas de considérer que l'incapacité de travail est durable au sens de l'art. 28 al. 1 let b LAI. De plus, le motif du traitement est un conflit de couple, de sorte qu'il est douteux qu'un diagnostic d'état dépressif chronique grave correspondant aux critères de la classification internationale puisse être posé, ce d'autant plus que, dans son rapport du 17 décembre 2009, le médecin traitant ne signale aucun trouble psychique. La recourante a néanmoins la possibilité de saisir l'administration d'une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité, si elle établit que, postérieurement à la décision litigieuse, son état de santé s'est modifié de manière à influencer ses droits. Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun motif justifiant de procéder à une instruction complémentaire sur le plan psychique (cf. appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a et ATF 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié I 654/02 du 30 juillet 2003, consid. 4.5).

A/4204/2009 - 12/18 -

#### **E. 10**

Dans un troisième moyen, la recourante allègue qu'au vu de ses importantes limitations fonctionnelles, il n'existe pas d'activité exigible de sa part, d'autant plus que l'intimé n'a pas précisé les activités adaptées entrant en considération. La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; RCC 1991 p. 329; ATF non publié 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 3.2). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans

quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 28 al. 2 LAI), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 296 consid. 3b et les références). Il y a tout d'abord lieu de relever que l'attitude de la recourante est contradictoire, ce qui donne peu de crédits à ses griefs d'absence d'activité exigible. En effet, dans son recours, elle allègue ne pas pouvoir travailler sur un ordinateur, alors que dans l'annexe au rapport de l'inspecteur de l'assurance perte de gain, elle précisait être intéressée par une possibilité de travail sur ordinateur. Dans un cas similaire, où la recourante présentait une lésion massive de la coiffe des rotateurs des deux côtés, avec développement de signes dégénératifs sous-acromiaux et tendinopathie calcifiante des deux épaules ainsi qu'une forte limitation dans les mouvements d'élévation des bras, le Tribunal fédéral (ci-après : TF) a jugé que ces limitations fonctionnelles ne l'empêchaient pas de mettre en pratique sa capacité résiduelle de travail sur un marché équilibré du travail (ATFA non publié I 787/04 du 9 août 2005, consid. 5.2). Il a considéré que rien n'indiquait que des activités d'ouvrière d'usine pour l'usinage et le fraisage de petite pièce, ouvrière de fabrique à l'ajustage, aide de laboratoire, ouvrière d'usine à la chaîne dans une fabrique d'ébauches, employée d'usine au décolletage n'étaient pas raisonnablement exigibles de la part de l'assurée au regard de son handicap. Il a retenu qu'au vu de ses limitations fonctionnelles, un nombre significatif d'activités légères étaient adaptées aux problèmes de santé de la recourante et accessibles sans aucune formation professionnelle particulière. Dans un autre arrêt concernant un assuré souffrant,

A/4204/2009 - 13/18 - notamment, de douleurs aux mains et de troubles statiques du rachis, il a également confirmé que le recourant était en mesure d'accomplir, par exemple, des tâches simples de surveillance, de vérification ou de contrôle ou encore des tâches d'approvisionnement de machines ou d'unités de production automatiques ou semi-automatiques (ATF I 805/05 non publié du 30 novembre 2006, consid. 5.3). La nécessité d'alterner les positions ne rend pas davantage illusoire la mise en valeur de la capacité de travail entière de la recourante (ATF non publié 9C\_749/2007 du 25 juin 2008, consid. 2.1 et 2.2). S'agissant de l'absence de désignation par l'intimé des activités compatibles avec ses limitations, le TF a déjà jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât à la recourante, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'elle peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C\_279/2008, op. cit., consid. 4). Etant donné que la recourante n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples de vérification ou de contrôle, dès lors qu'elles permettraient l'alternance des positions et ne nécessiteraient pas le soulèvement de charges de plus de cinq kilos, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues, ses griefs ne peuvent être rejetés.

Il convient encore de procéder au calcul du taux d'invalidité. 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 30 consid. 1, 104 V 136 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). En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé, en tenant compte de l'évolution des salaires jusqu'au moment du prononcé de la décision (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part,

A/4204/2009 - 14/18 - le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 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).

## **E. 12**

En application de l'art. 29 al. 1 let. b LAI, pour procéder à la comparaison des revenus, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, il convient de se placer en 2006, puisque l'incapacité de travail est attestée depuis le 14 juillet 2005 et que la demande de prestations date du 6 juin 2007 (art. 48 al. 2 LAI). Selon le questionnaire pour l'employeur du 19 juin 2007, le salaire de la recourante aurait été en 2006 de 4'530 fr. par heure sans atteinte à la santé, soit de 58'890 fr. par an (4'530 x 13), plus une prime de fidélité de 3'000 fr., représentant un revenu sans invalidité de 61'890 fr. conformément aux art. 25 al. 1 Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 7 let. c Règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants, du 31 octobre 1947 (RAVS; RS 831.101). Pour ce qui est du revenu d'invalidité, la recourante n'ayant repris aucune activité lucrative, il convient de se référer aux données de l'ESS. On ne saurait partager son point de vue selon lequel, seule la valeur afférente au secteur des services, à l'exclusion du secteur de la production, permettrait d'aboutir à une évaluation plus représentative de sa capacité résiduelle de gain. En effet, le secteur des services comprend également bon nombre de professions manifestement incompatibles avec l'allergie aux produits qu'elle présente. De plus, rien ne permet d'affirmer que le secteur de la production ne serait pas susceptible de

proposer des activités adaptées à ses limitations (cf. ATF non publié 9C\_93/2008 du 19 janvier 2009, consid. 6.3.3). Par conséquent, compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté, à savoir un travail léger et favorisant l'alternance des positions, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé, toutes activités confondues (ESS 2006, TA1, p. 53, niveau de qualification 4). Il s'élève en 2006 à 48'228 fr. (4'019 x 12), part au 13ème salaire comprise. Etant donné que les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de

A/4204/2009 - 15/18 - quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2006 qui est de 41.7 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises), soit à 50'277 fr. 70 (48'228 x 41.7 : 40). L'intimé n'a procédé à aucun abattement sur le revenu d'invalidé, alors que la recourante présente de nombreuses limitations fonctionnelles et qu'elle a travaillé 18 ans chez le même employeur à la date de la décision litigieuse, de sorte qu'elle ne peut mettre à profit sa capacité de travail (résiduelle) sur le plan économique que dans une mesure inférieure à la moyenne (ATFA non publiés I 848/05 du 29 novembre 2006, consid. 5.3.3 et I 617/03 du 4 juin 2004, consid. 5.2). Contrairement à ce qu'allègue la recourante, il n'y a en revanche pas lieu de tenir compte du manque d'expérience dans un nouveau domaine et du manque de polyvalence, puisqu'ils ne font pas partie des éléments justifiant une réduction du revenu d'invalidé selon la jurisprudence. Au vu de ces circonstances, il convient de fixer l'abattement à 10% et, partant, de retenir un revenu d'invalidé de 45'249 fr. 90 (50'277 fr. 70 x 90%), soit un taux d'invalidité de 27% (61'890 fr. - 45'249 fr. 90 : 61'890 fr. x 100), qui est insuffisant quoi qu'il en soit pour donner droit à une rente d'invalidité. Par conséquent, il convient de confirmer le refus de rente.

### **E. 13**

Dans un dernier moyen, la recourante conteste le refus d'une orientation professionnelle. Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b LAI; cf. également art.

### **E. 15**

Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. En effet, sa demande d'exonération de ce dernier, au motif qu'elle perçoit l'aide sociale, ne peut pas être acceptée, puisque le règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA; E 5 10.03) ne prévoit une telle dispense que pour les administrés au bénéfice de l'assistance judiciaire (art. 12 al. 1 RFPA), ce qui n'est pas son cas.

A/4204/2009 - 18/18 -

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