

# **GE\_GERICHTE ATAS/378/2017 vom 15. Mai 2017**

GE Cour de justice, 2017-05-15, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_378\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_378_2017)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/378/2017 du 15 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE ATAS/378/2017 del 15 maggio 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.

A/3312/2014 - 14/27 -

### **E. 3**

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures de réadaptation.

### **E. 5**

Dans un premier grief formel, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, du fait qu'elle n'avait pas eu suffisamment de temps pour examiner le rapport du Dr J\_\_\_\_\_, reçu le 23 septembre 2014, alors que le délai pour faire part de ses observations à l'OAI arrivait à échéance le 29 septembre 2014, délai que l'intimé avait refusé de prolonger.

### **E. 6**

Tel que garanti par l'art. 29 al. 2 Cst., le droit d'être entendu comprend, notamment, le droit pour l'intéressé de prendre connaissance du dossier (ATF 126 I 7 consid. 2b p. 10; arrêt du Tribunal fédéral 2C\_782/2015 du 19 janvier 2016 consid. 2.1), de s'exprimer sur les éléments pertinents avant qu'une décision ne soit prise touchant sa situation juridique, de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, de participer à l'administration des preuves essentielles ou à tout le moins de s'exprimer sur son résultat, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 135 II 286 consid. 5.1 p. 293; 132 II 485 consid. 3.2 p. 494; 127 I 54 consid. 2b p. 56). Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée

lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours pouvant contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée, à condition toutefois que l'atteinte aux droits procéduraux de la partie lésée ne soit pas particulièrement grave, de sorte qu'il n'en résulte aucun préjudice pour le justiciable (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 p. 197; 133 I 201 consid. 2.2 p. 204).

#### **E. 7**

En l'espèce, l'OAI a, à la demande de l'assurée, prolongé d'un mois le délai pour faire ses observations après avoir adressé à son médecin traitant le rapport d'expertise du Dr J\_\_\_\_\_ qu'elle avait omis de lui transmettre avec son dossier AI. Il a ainsi respecté son droit d'être entendu. L'assurée invoque qu'elle n'a pu faire ses observations en temps utile, car son médecin-traitant était en vacances. Elle n'a toutefois requis une prolongation du délai pour faire ses observations que le 25 septembre 2014, soit peu de jours avant l'échéance du délai, qui courait depuis la fin du mois d'août 2014, et ne s'est pas prévalu du fait que son médecin n'était pas remplacé en son absence. En outre, elle a eu effectivement connaissance de l'expertise le 23 septembre, ce qui lui laissait encore suffisamment de temps pour faire ses observations. Il est douteux, dans ces circonstances qu'elle puisse se prévaloir de son droit d'être entendu, sans commettre un abus de droit. Quoi qu'il en soit, cette question peut rester ouverte, dès lors que la recourante a eu la possibilité de s'exprimer devant la chambre de céans sur l'expertise psychiatrique du Dr

A/3312/2014 - 15/27 - J\_\_\_\_\_ et qu'il s'agit d'un élément du dossier qui n'est pas essentiel, puisqu'elle a renoncé à se prévaloir, dans le cadre de la procédure de recours, d'une incapacité de travail due à des causes psychiques. Même si une violation de son droit d'être entendue devait être admise, elle aurait ainsi été suffisamment réparée devant la chambre de céans et ne se justifierait pas l'annulation de la décision querellée.

#### **E. 8**

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). 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. 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. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en

considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

### **E. 9**

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).

### **E. 10**

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

A/3312/2014 - 16/27 - 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).

### **E. 11**

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 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). 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). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins

traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15

A/3312/2014 - 17/27 - p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

### **E. 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 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. 13**

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).

### **E. 14**

En l'espèce, la recourante estime avoir droit à une rente d'invalidité. L'OAI considère, pour sa part, qu'elle est capable de travailler à 100% dans son activité d'aide-soignante, comme l'a retenu le Dr K\_\_\_\_\_, niant une valeur probante à l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Il convient d'examiner en premier lieu la valeur probante des expertises effectuées par les Drs K\_\_\_\_\_

et L\_\_\_\_\_.

A/3312/2014 - 18/27 - Ni la recourante, ni la Mobilière n'ont contesté la valeur probante de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_, mais l'OAI l'a critiquée, dans ses observations du 15 août 2016, sur plusieurs points. Ces critiques n'apparaissent pas fondées. En effet, dans la mesure où le Dr L\_\_\_\_\_ a répondu, dans l'ordre, aux questions qui lui étaient posées dans la mission d'expertise, en reprenant la même numérotation des questions, l'on ne peut considérer, comme le soutient l'OAI, que son rapport ne suit pas une structure logique en empêchant une compréhension satisfaisante. Les constatations objectives de l'examen clinique du 10 février 2016 figurent sur deux pages du rapport et rien ne remet en cause la validité des constats faits lors de cet examen. Si l'analyse du rapport de causalité par l'expert est relativement longue, puisqu'elle prend huit pages du rapport, cela s'explique par le fait que l'expert a examiné en détail la question, séparément pour chaque diagnostic posé, et qu'il a inséré dans sa discussion des éléments de théorie générale. L'expert a démontré ainsi avoir examiné avec soin la question. S'agissant de l'appréciation des différents avis médicaux, l'expert a repris des extraits des rapports de ses confrères en insérant ses propres commentaires. Cette façon de procéder peu synthétique ne facilite certes pas la lecture, mais ne l'empêche pas non plus et ne remet donc pas sérieusement en cause la valeur probante de l'expertise. L'OAI reproche encore à l'expert de s'être prononcé sur des atteintes ne relevant pas de sa discipline. Cette critique non motivée n'est pas assez précise pour remettre en cause le rapport d'expertise. Il apparaît au contraire que l'expert est resté dans son domaine de compétence, au vu de la motivation de son rapport. Il est reproché à l'expert de ne pas avoir expliqué ses conclusions, et en particulier, son constat que l'intensité et la durée des symptômes rencontrés chez l'assurée étaient plutôt rares et difficiles à expliquer du point de vue orthopédique. Il n'apparaît pas critiquable que l'expert ne détaille pas plus ce constat, qui est manifestement fondé sur son expérience de spécialiste dans le domaine. Il sera démontré ci-après que l'expert a suffisamment expliqué ses conclusions. L'OAI reproche encore à l'expert d'avoir évalué l'incapacité de travail dans l'activité d'aide-soignante « selon les faits écrits et dits » et non pas sur ses constatations personnelles. S'il est exact que pour évaluer la capacité de travail de l'assurée, l'expert s'est référé, sous ch. 44 de son complément d'expertise, « aux faits écrits et dits », l'expert a précisé qu'il s'était aussi fondé sur l'anamnèse et les certificats médicaux au dossier, qui attestaient de la persistance des symptômes. Il s'est également fondé sur ses propres constatations, faites lors de l'examen clinique auquel il a procédé le 10 février 2016, dont le résumé porte sur deux pages de son rapport, et sur la littérature, qui parlait pour un risque élevé de syndrome nuque, épaule et bas dans une population active dans les soins. Le fait que l'expert ait relevé que l'intensité et la durée des symptômes rencontrés chez l'assurée étaient plutôt rares et difficiles à expliquer du point de vue orthopédique, surtout parce qu'elle n'avait plus été exposée à une activité contraignante, ne remet pas en cause la valeur probante de

A/3312/2014 - 19/27 - ses conclusions, mais démontre qu'il a soigneusement examiné la question. L'expert a ainsi conclu de façon convaincante que le conflit sous-acromial externe avec bursite chronique sans lésion tendineuse épaule gauche pouvait influencer la capacité de travail de l'assurée, en détaillant les limitations fonctionnelles, qui n'apparaissent effectivement pas compatibles avec une activité physique telle que celle d'aide-soignante. Dans son complément d'expertise, l'expert a expliqué pourquoi il concluait que le rendement dépendrait de la nature de l'activité, selon qu'elle était plus ou moins adaptée aux limitations de l'assurée. Cette réponse n'appelle pas la critique. L'OAI reproche

encore à l'expert de ne pas avoir, dans son examen clinique, expliqué l'importante différence entre les mobilités active et passive de l'épaule gauche. L'examen clinique ayant pour but de faire des constats et non de les analyser, cette critique apparaît infondée. Contrairement à ce qu'allègue l'OAI, le Dr L\_\_\_\_\_ a commenté le constat du Dr H\_\_\_\_\_, puisqu'il a indiqué dans son rapport que le fait que l'examineur ne retrouvait pas d'hypotrophie musculaire et que les circonférences du bras et de l'avant-bras ne montraient pas de différence en comparaison des deux côtés parlait contre l'éventualité que le membre supérieur gauche n'était pas du tout utilisé. En conclusion, les arguments de l'OAI ne permettent pas de douter des conclusions du Dr L\_\_\_\_\_. Celui-ci s'est fondé sur le dossier médical de l'assurée et un examen clinique et l'expert a pris en considération les plaintes exprimées par l'assurée. Son rapport a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont motivées et convaincantes. Le fait que le rapport est rédigé d'une manière peu synthétique, ce qui rend sa lecture fastidieuse, ne lui ôte pas sa valeur probante. Sur demande de la chambre de céans, l'expert a complété son rapport par l'appréciation consensuelle du cas, s'agissant de la date du retour au statu quo ante. Les experts l'ont daté du 1er février 2014, conformément aux conclusions du Dr L\_\_\_\_\_, auxquelles le Dr K\_\_\_\_\_ s'est rallié. Le fait que cette date ait été fixée en prenant en compte l'examen clinique auquel le Dr H\_\_\_\_\_ avait procédé le 7 janvier 2014 n'apparaît pas critiquable, quand bien même les conclusions de cet expert ont été considérées comme douteuses par la chambre de céans, dès lors que les constatations cliniques auxquelles a procédé le Dr H\_\_\_\_\_ le 7 janvier 2014 n'ont pas été contestées et qu'elles constituent des éléments objectifs au dossier utiles pour évaluer l'état de l'assurée à ce moment-là. Les experts n'ont pas les mêmes conclusions s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. Pour le Dr K\_\_\_\_\_, elle est entière dans toutes activités et, pour le Dr L\_\_\_\_\_, elle n'est entière que dans une activité strictement adaptée. Les experts, en dépit de la demande répétée de la chambre de céans, ne se sont pas mis d'accord sur ce point. Dans la mesure où le Dr K\_\_\_\_\_ s'est rallié aux conclusions de son confrère s'agissant de la date du statu quo ante, au motif que l'argumentation

A/3312/2014 - 20/27 - de ce dernier était fondée sur des chiffres objectifs retrouvés dans le dossier et non sur un avis théorique, il en résulte une force probante accrue de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ – ce d'autant plus que cette dernière est plus détaillée que celle du Dr K\_\_\_\_\_ – de sorte qu'il y a également lieu de privilégier les conclusions de cette expertise pour déterminer la capacité de travail de l'assurée. Conformément aux conclusions du Dr L\_\_\_\_\_, il sera ainsi retenu que l'assurée a une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée à ses limitations fonctionnelles.

## **E. 15**

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 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. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la

comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré

A/3312/2014 - 21/27 - avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'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). 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). 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

A/3312/2014 - 22/27 - les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 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 p. 323). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent par conséquent 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). Une déduction globale maximale 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 p. 79). L'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation, qui est soumise à l'examen du juge de dernière instance uniquement si la juridiction cantonale a exercé son pouvoir d'appréciation de manière contraire au droit, soit si elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet des circonstances pertinentes ou en n'usant pas de critères objectifs (cf. ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a 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 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 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. L'assuré avait été en mesure de changer d'entreprise et de se plier à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents. 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, les premiers juges ont rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé.

### E. 16

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. 17

a. En l'espèce, pour procéder à la comparaison des revenus de la recourante, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente, soit le 1er juillet 2014 –un an après le 17 juillet 2013 selon le Dr L\_\_\_\_\_ (art. 28 al. 1 let. b LAI), étant précisé que la demande de prestations a été déposée le 7 août 2013, soit plus de six mois avant le 1er juillet 2014 (art. 29 al. 1 LAI) –. b. Selon le dernier employeur de l'assurée, sans atteinte à la santé et dans sa dernière activité, celle-ci aurait gagné, en 2013, CHF 73'080.-, plus les indemnités week-ends et jours fériés, qui avaient été de CHF 4'540.- en 2012. Après adaptation de ces montants selon l'échelle de l'évolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2014, il y a lieu de retenir que l'assurée aurait obtenu en 2014, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de CHF 78'384.17 (soit CHF 73'769.95 [CHF 73'080.- x 2673 / 2648] + CHF 4'614.22 [CHF 4'540.- x 2673 / 2630]). c. S'agissant du salaire avec invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris d'activité lucrative et qu'elle ne peut plus exercer sa profession d'aide- soignante, il convient de se référer aux ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de sa part dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- x 12; ESS 2012, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41.7 heures, Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'854.75 (CHF 50'700.- x 41.7 / 40) et à CHF 53'718.91 indexé à 2014 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2012 : 2630 et en 2014 : 2673; soit CHF 52'854.75 x 2673 /2630). Il convient encore d'effectuer un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. Sa situation ne permet pas de prendre en compte un taux supérieur, au vu de son âge (44 ans en juillet 2014) et du fait qu'elle réside depuis 1987 en Suisse. Il n'apparaît en outre pas que son absence de formation professionnelle et sa mauvaise connaissance du français l'aient concrètement entravée dans ses recherches d'emploi avant d'être atteinte dans sa santé.

A/3312/2014 - 24/27 - Le revenu avec invalidité à prendre en compte pour 2014 est ainsi de CHF 48'347.02 (CHF 53'718.91 – CHF 5'371.89). d. En procédant à la comparaison des salaires sans et avec invalidité, le taux d'invalidité est de 38.34%, arrondis à 38% ([CHF 78'384.17 – CHF 48'347.02] x 100 / CHF 78'384.17). Ce taux étant inférieur au taux minimum de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI, c'est donc à juste titre que l'OAI l'a refusée à la recourante.

## E. 18

Celle-ci a encore conclu à l'octroi de mesures de réadaptation. À teneur de 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). Il y a menace d'invalidité lorsqu'il est établi au degré de vraisemblance prépondérante que l'assuré perdra sa capacité de gain. Le moment auquel pourrait survenir l'incapacité de gain n'est pas déterminant (art. 1 novies RAI). L'art. 8 al. 2 LAI prévoit que les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels. L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant

A/3312/2014 - 25/27 - au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 130 V 488 consid. 2 et les références). Selon le principe de la proportionnalité qui sous-tend les art. 8 et 21 LAI, l'assuré n'a droit qu'aux mesures de réadaptation nécessaires propres à atteindre le but visé mais non aux mesures qui seraient les meilleures dans son cas. La loi veut, en effet, assurer la réadaptation seulement dans la mesure où elle est nécessaire et suffisante dans le cas particulier. En outre, il doit exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité du moyen auxiliaire (proportionnalité au sens étroit; ATF 131 V 167 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_54/2010 du 19 octobre 2010). Il convient dans chaque cas de vérifier que la personne assurée est concrètement en mesure de mettre à profit sa capacité de gain sur le marché équilibré du travail (art. 7 al. 1 LPGA en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Il peut en effet arriver que les exigences du marché du travail ne permettent pas l'exploitation immédiate d'une capacité de travail médicalement documentée; c'est le cas lorsqu'il ressort clairement du dossier que la personne assurée n'est pas en mesure - pour des motifs objectifs et/ou subjectifs liés principalement à la longue absence du marché du travail - de mettre à profit par ses propres moyens les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues et

nécessite de ce fait l'octroi d'une aide préalable (arrêt 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

#### **E. 19**

En l'espèce, au vu du taux d'invalidité retenu (38%), une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI est envisageable. Une mesure d'orientation professionnelle pourrait en outre aider la recourante à cibler la ou les activités les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celles du TA1). Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures professionnelles dont pourrait bénéficier la recourante pour tenir compte du fait qu'elle ne peut plus travailler dans son activité d'aide-soignante et de ses limitations fonctionnelles. Il conviendra de déterminer si elle est en mesure, en particulier pour des motifs subjectifs, de mettre à profit les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues, étant relevé que le Dr L. \_\_\_\_\_ a émis des doutes, dans son complément d'expertise du 9 avril 2016, sur sa motivation et son engagement dans une activité professionnelle future, vu la déception vécue lors de sa dernière activité et la discordance entre son autoévaluation de ses capacités physiques et son réel potentiel.

#### **E. 20**

Le recours sera en conséquence partiellement admis, la décision du 29 septembre 2014 annulée en tant qu'elle refuse des mesure de réadaptation et confirmée pour le surplus et le dossier renvoyé à l'intimé pour nouvelle décision au sens des considérants.

A/3312/2014 - 26/27 -

#### **E. 21**

La recourante étant représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'espèce à CHF 1'000.- (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA).

#### **E. 22**

Il ne sera pas perçu d'émolument.

A/3312/2014 - 27/27 -

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.