

## **GE\_GERICHTE ATAS/398/2019 vom 8. Mai 2019**

GE Cour de justice, 2019-05-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_398\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_398_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/398/2019 du 8 mai 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/398/2019 del 8 maggio 2019

### **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**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

#### **E. 3**

Aux termes de l'art. 60 LPGA, le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (al. 1). Les art. 38 à 41 sont applicables par analogie (al. 2). Selon l'art. 38 LPGA, si le délai, compté par jours ou par mois, doit être communiqué aux parties, il commence à courir le lendemain de la communication (al. 1). Lorsque le délai échoit un samedi, un dimanche ou un jour férié selon le droit fédéral ou cantonal, son terme est reporté au premier jour ouvrable qui suit (al. 3). En l'espèce, la décision attaquée a été notifiée à l'assurée le 7 juin 2018, de sorte que le délai de recours échoyait en principe le 7 juillet 2018. Le 7 juillet 2018 étant un samedi, le terme du délai de recours a toutefois été reporté au premier jour ouvrable suivant, soit le lundi 9 juillet 2018. Déposé à la date précitée, le recours a été interjeté en temps utile. Satisfaisant par ailleurs aux exigences formelles prescrites par la loi, il est recevable (art. 89B al. 1 LPA).

#### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité, dans le cadre de la nouvelle demande qu'elle a déposée en 2016.

#### **E. 5**

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

#### **E. 6**

Selon l'art. 87 al. 3 RAI, lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend

A/2359/2018 - 11/22 - plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits. Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. Le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C\_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

## **E. 7**

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).

## **E. 8**

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

A/2359/2018 - 12/22 - diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 consid. 3.1; VSI 2001 p. 223 consid. 2b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans sa jurisprudence récente (ATF 143 V 409 consid. 4.5 et ATF 143 V 418 consid. 6 et 7), le Tribunal fédéral a modifié sa pratique lors de l'examen du droit à une rente d'invalidité en cas de troubles psychiques. La jurisprudence développée pour les troubles somatoformes douloureux, selon laquelle il y a lieu d'examiner la capacité de travail et la capacité fonctionnelle de la personne concernée dans le cadre d'une procédure structurée d'administration des preuves à l'aide d'indicateurs (ATF 141 V 281), s'applique dorénavant à toutes les maladies psychiques. En effet, celles-ci ne peuvent en principe être déterminées ou prouvées sur la base de critères objectifs que de manière limitée. La question des effets fonctionnels d'un trouble doit dès lors être au centre. La preuve d'une invalidité ouvrant le droit à une rente ne peut en principe être considérée comme rapportée que lorsqu'il existe une cohérence au niveau des limitations dans tous les domaines de la vie. Si ce n'est pas le cas, la preuve d'une limitation de la capacité de travail invalidante n'est pas rapportée et l'absence de preuve doit être supportée par la personne concernée.

## **E. 9**

S'agissant du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'autres affections psychiques, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Dans ce cadre, il convient d'évaluer globalement, sur une base individuelle, les capacités fonctionnelles effectives de la personne concernée en tenant compte, d'une part, des facteurs contraignants extérieurs limitant les capacités fonctionnelles et, d'autre part, les potentiels de compensation (ressources). Les indicateurs pertinents sont notamment l'expression des constatations et des symptômes, le recours aux thérapies, leur déroulement et leurs effets, les efforts de réadaptation professionnelle, les comorbidités, le développement et la structure de la personnalité, le contexte social de la personne concernée ainsi que la survenance des restrictions alléguées dans les différents domaines de la vie (travail et loisirs). L'examen des indicateurs standards reste toutefois superflu lorsque l'incapacité de travail est niée sur la base de rapports probants établis par des médecins spécialistes et que d'éventuelles appréciations contraires n'ont pas de valeur probante, du fait qu'elles proviennent de médecins n'ayant pas une qualification spécialisée ou pour d'autres raisons (voir ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a).

A/2359/2018 - 13/22 - Par ailleurs, dans sa jurisprudence récente, le Tribunal fédéral a maintenu, voire renforcé, la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable et ce, même si les caractéristiques d'un TSD - respectivement d'une affection psychosomatique comparable - au sens de la classification sont réalisées. Des indices d'une telle exagération apparaissent

notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par l'assuré et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (ATF 141 V 281 consid. 2.2.1 s. ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_16/2016 du

#### **E. 14**

Il convient en premier lieu d'examiner le grief relatif au statut de l'assurée. La décision attaquée retient un statut mixte réparti à raison de 30%-70% entre les sphères professionnelle et ménagère, statut que la recourante conteste, en invoquant qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à 100%. De jurisprudence constante, le statut d'un assuré dépend du point de savoir s'il aurait exercé une activité lucrative si son état de santé le lui avait permis. Si la détermination du statut doit prendre en compte sa volonté hypothétique, cette volonté ne peut être admise sans autres éléments de preuve, mais doit être confortée par des indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_352/2014 du 14 octobre 2014 consid. 3.3 et les références). En l'occurrence, l'assurée, âgée de 44 ans au moment de la décision litigieuse, a travaillé en dernier lieu comme nettoyeuse au service de deux employeurs, à savoir dix heures par semaine pour M. N\_\_\_ depuis 2005 et deux heures par semaine pour Mme O\_\_\_\_\_ depuis 2008, représentant un taux d'activité total de l'ordre de 30%.

A/2359/2018 - 17/22 - Elle semble ne jamais avoir travaillé durablement à 100%, au vu des revenus modiques ressortant de son extrait de compte individuel AVS, lesquels se sont élevés à CHF 14'580.- par année en moyenne entre 1993 et 2011 et n'ont jamais dépassé CHF 28'865.- en 1997. Il convient de préciser qu'entre 2008 et 2011, alors qu'elle travaillait à 30% environ, l'assurée percevait un salaire annuel moyen de CHF 12'270.-. Elle a cessé toute activité lucrative en 2012, initialement en raison d'une hernie L4-L5 et de lombosciatalgies. Son époux travaille à plein temps et perçoit un revenu compris entre CHF 4'000.- et CHF 5'000.- par mois. Dans son recours, l'assurée affirme que si elle ne travaillait qu'à temps partiel au moment de la survenance de son atteinte à la santé, c'était parce que sa fille était en bas âge. Toutefois, la situation n'avait pas fondamentalement changé à la date du prononcé de la décision attaquée, le 5 juin 2018, puisque sa fille n'était alors âgée que de onze ans. L'argument selon lequel la fille de la recourante pourrait désormais bénéficier d'un accueil parascolaire ne justifie pas davantage l'admission d'un statut d'active, car avant le dépôt de la première demande de prestations, en août 2012, sa fille pouvait déjà bénéficier d'un accueil parascolaire et pour autant, la recourante ne travaillait qu'à temps partiel. Quant à la situation financière du ménage, la recourante ne prétend pas que, si elle était restée en bonne santé, les revenus du couple auraient subi un changement notable, qui aurait justifié une augmentation (hypothétique) de son taux d'activité à 100%. Par ailleurs, il ressort du questionnaire relatif au statut que la recourante ne dispose d'aucune preuve de recherches d'emploi à 100%, notamment en ce qui concerne la période ayant précédé le dépôt de sa première demande. Enfin, la recourante n'a pas un degré de formation ou des qualifications professionnelles telles qu'il serait dans l'ordre des choses qu'elle les mette à profit dans une activité professionnelle à 100%, après une période d'inactivité professionnelle aussi longue. Ces différents éléments l'emportent sur sa déclaration d'intention et rendent hautement vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait continué de travailler à temps partiel, comme elle l'avait fait jusqu'alors pendant plusieurs

années, notamment à 30% depuis 2008. Partant, c'est à bon droit que l'intimé a retenu un statut mixte réparti à raison de 30% pour la sphère professionnelle et de 70% pour la sphère ménagère.

#### **E. 15**

Sur la base de l'enquête économique du 18 décembre 2017, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 7% dans ses travaux ménagers. Cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée, en connaissance de la situation médicale et locale, ainsi que des empêchements résultant des diagnostics médicaux. Elle tient compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit avec son époux, dont une participation aux travaux ménagers peut être exigée, laquelle a été évaluée par l'enquêtrice à 15,6%. En outre, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité sont dûment motivées. Dans son recours, l'assurée ne remet en question ni la pondération, ni les empêchements retenus par l'enquête. Elle ne prétend pas davantage que ses déclarations auraient été retranscrites de manière inexacte ou que d'éventuelles opinions divergentes

A/2359/2018 - 18/22 - auraient été omises. Partant, il n'y a pas de raison de s'écarter des conclusions de ce document, de sorte que l'on s'en tiendra aux empêchements ménagers de 7% qu'il atteste, après prise en compte de la participation du mari aux tâches ménagères.

#### **E. 16**

a. Dans le domaine professionnel, l'intimé a instruit la cause de manière satisfaisante en ordonnant une expertise psychiatrique. Il ne lui incombait pas de mettre en œuvre une nouvelle expertise rhumatologique, dès lors que dans son rapport d'octobre 2016, la rhumatologue de l'assurée n'avait mis en évidence aucune atteinte ostéo-articulaire et n'avait constaté, au plan clinique, qu'une discrète limitation de la mobilité cervicale ainsi qu'une mobilité complète de l'épaule gauche. L'intimé pouvait légitimement en déduire que, depuis l'expertise du BEM de 2014, la situation demeurait largement inchangée sous l'angle rhumatologique, de sorte que l'assurée ne présentait toujours aucune atteinte somatique limitant sa capacité de travail. L'aggravation de l'état de santé physique invoquée par la recourante ne repose pas sur des éléments objectifs mais seulement sur ses plaintes, telles qu'elles ressortent du rapport de sa rhumatologue (« [l'assurée] se plaint d'importantes cervicalgies, associées à des céphalées, des dysesthésies de la face et des douleurs aux mouvements des épaules »). À elles seules, ces plaintes ne sauraient justifier la mise en œuvre d'une nouvelle expertise rhumatologique, voire bi-disciplinaire. La conclusion tendant à la mise en œuvre d'une telle expertise est rejetée, par appréciation anticipée des preuves. b. L'expertise psychiatrique réalisée en septembre 2017 par les Drs J\_\_\_\_ et K\_\_\_\_ repose sur une anamnèse complète, effectuée en connaissance du dossier médical, sur les indications subjectives de l'assurée, des observations cliniques ainsi qu'une discussion détaillée, dont on précisera qu'elle suit à juste titre la grille d'analyse prescrite par la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 143 V 418 consid. 6-7 ; ATF 141 V 281 consid. 4.3-4.4). En outre, ses conclusions sont motivées, de sorte qu'elle satisfait aux réquisits jurisprudentiels topiques en matière de valeur probante. De cette expertise, il ressort notamment que l'assurée souffre depuis 2014 de troubles anxieux et dépressifs mixtes, mais dont la symptomatologie n'est que d'intensité légère, selon les experts. Sur la base de leur status clinique, ceux-ci se sont distancés du diagnostic retenu par la Dresse H\_\_\_\_\_ de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome

somatique. L'assurée présente par ailleurs des traits de personnalité immature, jugés sans effet sur sa capacité de travail. Selon les experts, si l'assurée présente certaines limitations telles qu'une fatigabilité, une faible tolérance au stress, à la surcharge de travail et des difficultés à gérer les confrontations, elle serait néanmoins capable de reprendre progressivement une activité professionnelle, tout d'abord à temps partiel, de manière à lui permettre de bénéficier d'une expérience positive et « re-narcissante », autrement dit de lui redonner confiance. Les experts précisent qu'à long terme, la pathologie psychiatrique n'engendre pas d'invalidité. S'agissant du traitement, ils exposent que l'assurée est suivie mensuellement par une

A/2359/2018 - 19/22 - psychiatre et adhère de manière optimale à son traitement, qu'ils préconisent de poursuivre, même si les ambitions thérapeutiques sont limitées dans la mesure où il s'agit surtout d'éviter l'installation d'une dépression avérée. S'agissant du contexte social, il ressort de l'expertise que l'assurée vit avec son mari et sa fille, qu'elle rencontre quotidiennement des amies après avoir amené sa fille à l'école et que le couple reçoit également des amis à domicile. Occasionnellement, l'assurée rentre au Portugal pour rendre visite à sa mère et ses beaux-parents. En outre, elle se rend quatre après-midi par semaine aux ateliers P\_\_\_\_, dans le cadre desquels elle s'est bien intégrée et s'investit. S'agissant enfin des ressources, les experts soulignent d'une part que l'assurée est fiable, coopérante et capable de suivre un programme, respectivement des consignes, d'autre part qu'elle a régulièrement participé aux ateliers P\_\_\_\_ depuis deux ans, ce qui concourt à démontrer qu'elle serait apte à travailler. Ils concluent à une capacité de travail de 50% dans toute profession depuis deux ans, tout en précisant que celle-ci pourrait augmenter à 100% dans les douze mois. c. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle des Drs J\_\_\_\_ et K\_\_\_\_, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Pour qu'il en aille différemment, il appartient à la partie recourante de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui y auraient été ignorés et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause le bien-fondé (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2). En l'occurrence, ni la recourante, ni ses médecins ne mettent en évidence d'élément pertinent et objectivement vérifiable que les experts pourraient avoir omis de prendre en considération : l'allégation de sa psychiatre selon laquelle ses plaintes auraient été sous-estimées ne constitue pas un tel élément, dans la mesure où il ne s'agit pas d'un aspect clinique négligé par les experts. Au demeurant, il convient de relever que le point de vue de cette psychiatre rejoint largement celui des experts, puisqu'elle considère également que la recourante pourrait travailler à 50%. La seule véritable réserve que formule cette praticienne se rapporte au pronostic d'une augmentation de la capacité de travail à 100% dans les douze mois suivant l'expertise. Cette réserve est toutefois sans incidence sur le sort de la cause, dès lors qu'en retenant – à l'instar de la psychiatre traitante – une capacité de travail de 50%, l'on parvient à un degré d'invalidité sensiblement inférieur à 40% (cf. infra consid. 17). De son côté, le Dr I\_\_\_\_ a conclu à une capacité de travail nulle, mais son rapport se limite à relayer les plaintes de la recourante et n'est pas motivé, de sorte qu'il ne saurait prévaloir sur l'expertise. Enfin, l'argument de la recourante selon lequel les experts auraient indûment écarté le diagnostic de fibromyalgie ne résiste pas à l'examen. D'une part, les experts-psychiatres se sont seulement prononcés dans leur domaine de spécialisation et n'ont pas, à proprement parler, écarté la fibromyalgie diagnostiquée par le BEM, puisqu'ils ont relevé que l'assurée

A/2359/2018 - 20/22 - avait cessé de travailler « probablement dans le contexte [d'un] syndrome fibromyalgique » (p. 12 de l'expertise). D'autre part, il importe peu de savoir quel est le diagnostic le plus approprié dans le cas d'espèce, dès lors que, pour toutes les maladies psychiques et psychosomatiques, y compris la fibromyalgie, la capacité de travail est évaluée à la lumière des mêmes indicateurs (ATF 143 V 418 consid. 6-7 et ATF 141 V 281 consid. 4 ss ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_492/2014 du 3 juin 2015 consid. 10.2). d. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé s'est rallié aux conclusions de l'expertise réalisée en 2017 par les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_.

#### **E. 17**

a. Dans la sphère professionnelle, il résulte de cette expertise que la recourante peut exercer toute activité professionnelle à 50%, y compris celle de nettoyeuse. Dans un tel cas de figure, le degré d'invalidité se confond avec celui de l'incapacité de travail, ce qui porte le degré d'invalidité professionnel à 50% avant pondération, étant précisé que, selon l'art. 27bis al. 3 RAI, le revenu sans invalidité doit être extrapolé en partant de l'hypothèse d'une activité professionnelle exercée à 100%. Ensuite, la perte de gain exprimée en pourcentage – qui s'élève ici à 50% – doit être pondérée au moyen du taux d'occupation qu'aurait l'assurée si elle n'était pas devenue invalide, soit en l'occurrence 30% (art. 27bis al. 3 RAI). Cela conduit à un degré d'invalidité dans la sphère professionnelle de 15% ( $30\% \times 50\%$ ). b. S'agissant de la sphère ménagère, il ressort de l'enquête des empêchements ménagers de 7%, lesquels doivent être pondérés à 70% pour tenir compte de la clé de répartition entre les sphères professionnelles et ménagères (art. 27bis al. 4 RAI). Ce faisant, l'on parvient à un degré d'invalidité dans la sphère ménagère de 4,9% ( $70\% \times 7\%$ ). c. En conclusion, le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 20% [ $(30\% \times 50\%) + (70\% \times 7\%)$ ]. Ce taux demeurant largement inférieur à 40%, il convient d'admettre que, depuis la décision du 14 avril 2014, l'état de santé de la recourante ne s'est pas péjoré dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI).

#### **E. 18**

Enfin, la recourante semble solliciter l'octroi d'une mesure de reclassement, voire d'autres mesures de réadaptation, en soulignant que son degré d'invalidité (global) atteint 20%. a. Selon l'art. 17 al. 1 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. Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 130 V 488 consid. 4.2 et les références).

A/2359/2018 - 21/22 - Dans le cadre de l'application de la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité, il faut tenir compte du fait qu'il convient d'opérer une stricte séparation entre l'exercice d'une activité lucrative et l'accomplissement des travaux habituels et qu'une mesure de reclassement ne peut avoir d'effets que sur l'exercice de l'activité lucrative; il suit de là que le degré d'invalidité minimal exigé par la jurisprudence ne doit être atteint que dans cette part d'activité et non résulter du degré d'invalidité globale, sauf à admettre que l'accomplissement des travaux habituels peut avoir une influence décisive sur la question de la réadaptation professionnelle (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_177/2015 du 18 septembre

2015 consid. 4.2 ; 9C\_316/2010 du 12 avril 2011 consid. 4.2 et la référence). b. En l'occurrence, contrairement à ce que soutient la recourante, qui se réfère au calcul de son degré d'invalidité global (intégrant les empêchements ménagers), le seuil de 20% exigé par la jurisprudence n'est pas atteint. En effet, il ressort des considérants qui précèdent que le taux minimal exigé par la jurisprudence pour l'octroi d'une mesure de reclassement se rapporte uniquement au degré d'invalidité dans la sphère professionnelle. Dans le cas particulier, ce taux ne s'élève qu'à 15% (30% x 50%), de sorte que la recourante n'a pas droit à une telle mesure. c. S'agissant de l'orientation professionnelle (art. 15 LAI), le Tribunal fédéral a considéré qu'une telle mesure était superflue lorsque le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités adaptées aux limitations fonctionnelles de l'assuré et ne nécessitant pas de formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_534/2010 du 10 février 2011 consid. 4.3). Tel est le cas en l'espèce, de sorte que l'assurée ne peut prétendre à une mesure d'orientation professionnelle. Enfin, si la recourante a besoin d'un soutien actif dans la recherche d'un emploi, il convient de la rendre attentive à la possibilité de requérir auprès de l'intimé l'octroi d'une mesure d'aide au placement (art. 18 LAI).

#### **E. 19**

Mal fondé, le recours est rejeté.

#### **E. 20**

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). Vu l'issue donnée au recours, la recourante ne peut prétendre à l'octroi d'une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA). \*\*\*

A/2359/2018 - 22/22 - 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.