

GE_GERICHTE ATAS/528/2012 vom 19. April 2012

GE Cour de justice, 2012-04-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_528_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/528/2012 du 19 avril 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/528/2012 del 19 aprile 2012

Erwägungen

E. 1

La Cour de céans s'étant déjà prononcée sur sa compétence et sur la recevabilité du recours dans le cadre de l'ordonnance d'expertise du 3 mai 2011, il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.

E. 2

S'agissant du droit applicable, il sied de rappeler que ce sont les dispositions de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (ci-après LAI ; RS 831.20) en vigueur depuis le 1er janvier 2008 qui sont déterminantes, l'incapacité de travail significative de la recourante ayant débuté au 29 janvier 2010 et la demande de prestations ayant été déposée durant le mois de mai 2010.

A/99/2011 - 13/25 -

E. 3

Le litige porte sur la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante tout droit à des prestations. Il conviendra pour cela de se déterminer sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

E. 4

Aux termes de l'art. 8 al. 1er de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1), est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

E. 5

Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de

troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques – plaintes douloureuses diffuses – sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de

A/99/2011 - 14/25 - troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 131 V 49 et 130 V 352), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 352 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le 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, par exemple une 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 le patient 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 psychosocial intact (ATF 132 V 65 consid. 4.2.1 et 4.2.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle – eu égard également aux critères déterminants précités – que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part (voir aussi HENNINGSEN, Zur Begutachtung

somatoformer Störungen in Praxis 94/2005, pp. 2007 ss). Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.3).

A/99/2011 - 15/25 -

E. 6

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 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 261 consid. 4). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et qu'enfin, les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1). Le juge ne s'écarter 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). c) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus

A/99/2011 - 16/25 - de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

E. 7

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

E. 8

a) En l'espèce, la Cour de céans a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique, laquelle a été complétée par l'audition des experts. Cette expertise a été établie sur la base du dossier de la recourante et du rapport d'expertise bi-disciplinaire de la Clinique CORELA du 24 décembre 2010, d'un entretien téléphonique avec le Dr O_____, d'une anamnèse comprenant un volet familial, personnel, professionnel et médical, des plaintes de la recourante et d'examen médicaux effectués en date des 12 et 26 août 2011. Les experts exposent clairement leurs constatations découlant des examens, les atteintes dont souffre la recourante et leurs conclusions sont motivées. En ce qui concerne le volet psychiatrique, l'expert a expliqué de manière convaincante les raisons qui l'avaient amené à retenir tel ou tel diagnostic. Il a en particulier expliqué que le trouble dépressif devait être qualifié de moyen eu égard à l'isolement social important auquel il avait conduit, à la perte complète de confiance en soi de l'assurée, aux dysfonctionnements de la concentration et de la mémoire de cette dernière et à une anticipation anxieuse négative. Il a également expliqué que l'anxiété associée au trouble dépressif ne justifiait pas de diagnostic à part. Il a aussi rappelé que le diagnostic de fibromyalgie devait être posé par un rhumatologue - ce qui est conforme à la jurisprudence -, et explicité les critères d'exclusion pour le trouble somatoforme douloureux. Du point de vue somatique, l'expert rhumatologue a estimé qu'il n'existait aucune pathologie objective pouvant expliquer l'ensemble du tableau douloureux en dehors d'une fasciite plantaire rebelle aux traitements conservateurs, confirmée par une échographie, et de névromes de Morton comblant les espaces intermétatarsiens 2 et 3. L'expert a expliqué que les différentes atteintes engendraient un ralentissement psychomoteur, une perte de confiance en soi, une perte d'assurance, une perte de motivation, des troubles de la concentration et des difficultés d'apprentissage, et A/99/2011 - 17/25 - entraînaient des limitations fonctionnelles. Ses conclusions quant à l'incapacité de la recourante à exercer son ancienne activité sont motivées. Quant à la limitation à 50% de la capacité de l'intéressée à exercer une activité adaptée, elle n'est motivée que par des motifs psychiatriques. En effet, l'expert rhumatologue a admis que, dans la mesure où les atteintes objectivées touchent essentiellement les pieds, la recourante est effectivement en mesure, d'un point de vue strictement somatique, de débiter une activité s'exerçant en position assise ou une activité de manutention légère. Il résulte, de manière intelligible, tant de l'expertise que des déclarations des experts en audience, que la limitation de la capacité de travail de la recourante à 50% n'est justifiée que par la gravité de son état dépressif, des limitations qui en résultent, de sa blessure narcissique et du peu de ressources psychiques dont elle dispose. Le psychiatre a précisé que cette diminution n'est en rien fonction de la constellation sociale et a également expliqué pour quelles raisons il

n'a pas conclu à une totale incapacité. Le fait que les experts ne s'accordent pas sur la question de savoir si une aide au placement ou une mesure de réorientation professionnelle serait nécessaire ne permet pas de conclure à une contradiction dans l'expertise ; il suffira de retenir que les experts reconnaissent à l'intéressée le besoin d'aide pour recommencer à travailler. Par ailleurs, il résulte des déclarations des experts qu'ils ont examiné la recourante individuellement, qu'ils ont échangé leurs avis et conclusions par la suite et en ont tenu compte réciproquement, de sorte que leurs conclusions ont été établies de manière coordonnée. Enfin, le rapport d'expertise ne laisse pas apparaître de jugement de valeur. Au vu de tout ce qui précède, il convient de conclure que ce rapport, convaincant au demeurant, doit se voir reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. c) En revanche, tel n'est pas le cas de celui de la Clinique CORELA. En effet, bien qu'il se fonde sur des examens rhumatologique et psychiatrique, le dossier médical de la recourante, une anamnèse familiale, personnelle, professionnelle et médicale, les plaintes de la recourante, et bien que les constatations objectives soient exposées, ce rapport d'expertise comporte des incohérences et des contradictions manifestes. Après avoir mené leur examen de l'assurée en présence de la fille de celle-ci, les experts ont reconnu qu'il aurait fallu la présence d'un véritable interprète pour approfondir certaines finesses psychologiques et ont remis en cause les réponses données aux questionnaires au motif qu'ils avaient été remplis par la fille de l'assurée et non par cette dernière (p. 50, 52 et 53 de rapport). On s'étonne dès lors

A/99/2011 - 18/25 - que les experts n'aient pas convoqué un interprète et complété leur examen plutôt que de s'en tenir à une exploration dont ils admettaient qu'elle était viciée. Par ailleurs, les experts, après avoir admis l'impossibilité de l'assurée à rester debout plus d'une heure en raison d'une gonarthrose bilatérale, d'un syndrome de Morton, d'une aponévrosite plantaire et de lombalgies basses mécaniques, lui reconnaissent une capacité de travail de 100% seulement diminuée de 20% dans l'activité de repasseuse dont il est évident qu'elle ne peut s'exercer que debout et qu'il ne suffirait pas à l'assurée de s'asseoir de temps à autre pour se soulager. Enfin, s'agissant des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, l'expert psychiatre retient l'existence d'une dysthymie - pourtant niée précédemment (p. 54 et 59 du rapport) - mais omet de rappeler les affections corporelles chroniques pourtant constatées (syndrome de Morton ou l'aponévrosite plantaire). Eu égard à ces éléments, la valeur probante du rapport de la Clinique CORELA, apparaît plus que douteuse, de sorte qu'il n'est pas susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise judiciaire. d) Il convient dès lors de se fonder sur le rapport des Drs R_____ et S_____ pour établir la capacité de travail de la recourante et son évolution. Il est vrai, comme invoqué par l'intimé, que le Dr R_____ n'a pu se prononcer avec précision sur le moment où le trouble dépressif est passé de gravité sévère à moyenne. Il est ainsi difficile de savoir à quand remonte la capacité de travail de 50% de la recourante, résultant de l'existence du trouble dépressif moyen et des différentes limitations psychiatriques. Toutefois, il y a lieu de relever que les constatations de l'expert sont confirmées par les déclarations du Dr O_____ - psychiatre traitant de la recourante. En effet, lors de l'audience du 24 février 2011, il a notamment estimé que le trouble anxio-dépressif était de gravité moyenne, plutôt que sévère et les symptômes qu'il retient, dans ses rapports, sont pour l'essentiel similaires à ceux mis en exergue par l'expert psychiatre. Ainsi, dans la mesure où le Dr O_____ a précisé, en date du 28 février 2012, que l'état dépressif de la recourante est de gravité moyenne et non plus de gravité sévère depuis le mois de mars 2010 environ, la Cour de céans est d'avis qu'il convient de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante

prévue par la jurisprudence, que la capacité de travail de la recourante était effectivement de 50% dans une activité adaptée dès le mois de mars 2010. Il sera précisé que sa capacité de travail était nulle du 29 janvier au mois de mars 2010 dans toutes les activités lucratives, eu égard aux rapports des médecins suivant la recourante durant cette période-là.

A/99/2011 - 19/25 -

E. 9

En ce qui concerne la fibromyalgie, il n'est pas nécessaire de se déterminer sur son caractère invalidant. En effet, d'une part, le Dr S_____ a précisé, lors de l'audience du 1er décembre 2011, que d'un point de vue strictement rhumatologique, la capacité de travail était théoriquement de 100% et d'autre part, le Dr R_____ a clairement expliqué que le trouble dépressif de la recourante engendrait par lui-même l'incapacité de travail de 50% retenue. Partant, l'état dépressif est une affection autonome et non une comorbidité psychiatrique liée à la fibromyalgie (ATF 130 V 352).

E. 10

a) Il sera précisé à ce stade que selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). b) En l'espèce, l'intimé a rendu sa décision en date du 1er décembre 2010, de sorte qu'en principe seuls les faits intervenus jusqu'à ce moment-là peuvent être pris en considération. Toutefois, dans la mesure où tant les experts que le Dr O_____ se sont prononcés sur l'état de santé de la recourante postérieurement au 1er décembre 2010 et que le délai de carence d'une année arrive à échéance de toute manière durant le mois de janvier 2011 (art. 28 al. 1 let. b LAI), il y aura lieu de tenir compte de leurs appréciations, et ce d'une part, car il s'agit de faits étroitement liés à l'objet du litige et d'autre part, pour des motifs évidents d'économie de procédure.

E. 11

Il convient ainsi de se déterminer sur le degré d'invalidité de la recourante. a) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. b) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b).

A/99/2011 - 20/25 - 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). c) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit 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). Quant au revenu d'invalide, 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, le revenu d'invalide 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). 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 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 les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

A/99/2011 - 21/25 - 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. 12

En l'espèce, il a été admis que l'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler du 29 janvier au mois de mars 2010, puis capable d'exercer à 50 % une activité adaptée. A la fin du délai de carence, soit le 29 janvier 2011 (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), sa capacité de travail était ainsi de 50% dans une activité adaptée. Il conviendrait certes de se placer en 2011 pour procéder à la comparaison des revenus, toutefois, dans la mesure où les données statistiques ne sont pas encore disponibles pour 2011, la comparaison des revenus s'effectuera sur la base des revenus 2010. Le revenu sans invalidité doit être déterminé en se fondant sur les déclarations de l'employeur de la recourante, lequel a indiqué, en date du

8 juin 2010, que son salaire annuel 2010 s'élevait à 42'900 francs. Pour déterminer le revenu d'invalidé, il y a lieu de se fonder sur les salaires résultant de l'ESS, attendu que la recourante n'a pas repris d'activité lucrative depuis le 29 janvier 2010. Ainsi, en tenant compte du fait que la recourante n'a aucune formation professionnelle, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, femme, part au 13ème salaire comprise) est de 4'225 fr. en 2010. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2010, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique). On obtient ainsi un revenu annuel brut de 52'728 fr. $((4'225 \times 12) \times 41.6 / 40)$, soit en tenant compte d'une capacité de travail de 50%, de 26'364 francs. En outre, il y a lieu de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, de sa nationalité étrangère, de son taux d'occupation de 50%, du fait qu'elle est illettrée ou encore du fait qu'elle ne comprend que très peu le français, de sorte qu'un abattement de 20% doit en tout les cas être retenu. Ainsi, en prenant en considération un tel abattement, le revenu d'invalidé de la recourante 2010 est de 21'091 fr. 20 $(26'364 - (26'364 \times 20\%))$. Son degré d'invalidité est ainsi de 51% $((42'900 - 21'091) \times 100 / 42'900)$, degré ouvrant droit à une demi-rente.

A/99/2011 - 22/25 - Partant, attendu que la recourante a déposé sa demande de prestations en date du 11 mai 2010 et que le délai de carence d'une année est arrivé à échéance le 29 janvier 2011, elle a droit à une demi-rente dès le 1er janvier 2011 (art. 29 al. 3 LAI). Sur ce point, le recours sera, dès lors, partiellement admis.

E. 13

Enfin, il y a lieu de se poser la question de la mise en œuvre éventuelle de mesures de réinsertion ou d'ordre professionnel. a) 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). Conformément à l'art. 8 al. 1 bis LAI, le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante. L'art. 8 al. 3 let. abis et let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle ou des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). b) Aux termes de l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPGA) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1er). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles (let. a) et d'occupation (let. b) qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2). À cet égard, l'art. 4quater du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) précise qu'ont droit aux mesures de réinsertion les assurés qui sont capables d'assumer un temps de présence quotidien d'au moins deux heures pendant au moins quatre jours par semaine (al. 1er). D'autre part, ont droit aux mesures socioprofessionnelles les assurés qui ne sont pas encore aptes pour bénéficier de mesures

d'ordre professionnel (al. 2), et aux mesures d'occupation les assurés qui risquent de perdre leur aptitude à la réadaptation en rapport avec les mesures d'ordre professionnel (al. 3). Sont considérées comme mesures socioprofessionnelles les mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation au travail, de stabilisation de la personnalité et de socialisation de base (art. 4quinquies al. 1er RAI). Sont considérées comme mesures d'occupation les mesures destinées à

A/99/2011 - 23/25 - maintenir une structuration de la journée jusqu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou jusqu'au début de rapports de travail sur le marché libre du travail (al. 2). Les mesures de réinsertion visent à combler la lacune existant entre la réinsertion sociale et la réinsertion professionnelle. Conçues comme une étape préparatoire aux mesures d'ordre professionnel, elles sont destinées en particulier aux personnes assurées qui, tout en présentant un potentiel de réadaptation, ne sont psychiquement pas encore assez stables pour se lancer directement dans une activité lucrative sur le marché primaire de l'emploi ou pour se soumettre à des mesures d'ordre professionnel. Les mesures préalables de réinsertion, faciles d'accès, visent à constituer progressivement la capacité de réadaptation (art. 14a al. 2 let. a LAI, art. 4quater al. 2 RAI) ou à la maintenir (art. 14a al. 2 let. b LAI, art. 4quater al. 3 RAI). Suivant le degré d'endurance de la personne assurée, on commencera par ne poser que des exigences relatives à la régularité de sa présence, et non à sa capacité productive de rendement (= capacité de rendement). Les mesures de réinsertion consistent à une préparation ciblée à l'exercice, sur le marché primaire de l'emploi, d'une activité propre à exclure l'octroi d'une rente ou à réduire celle-ci. Il s'agit de constituer ou de maintenir l'aptitude à la réadaptation soit par des mesures socioprofessionnelles ciblées prises dans l'optique de la réadaptation professionnelle, soit par des mesures d'occupation sans lesquelles cette aptitude menacerait de se perdre. Ont droit à des mesures de réinsertion en particulier les personnes assurées dont la capacité de travail est réduite pour des raisons d'ordre psychique (Circulaire sur les mesures de réinsertion valable dès le 1er janvier 2008, CMR, p. 2, no 1 et 2). c) 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). D'après l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés

A/99/2011 - 24/25 - dans la recherche d'un emploi, mêmes minimes, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, 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 124 V 108 consid. 2b et les références). Par ailleurs, 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 (RCC 1988 p. 266 consid. 1). L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation d'ordre professionnel, CMRP, p. 16, no 2001 et 2002). Dans un récent arrêt no 9C_882/2008 du 19 octobre 2009, le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 s. LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 206; Umeyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, ad Art. 15 IVG). Point n'est en principe besoin de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

E. 14

L'OAI n'ayant pas encore instruit la possibilité de mettre en œuvre une mesure de réadaptation, la cause lui sera renvoyée pour ce faire. L'OAI devra en particulier répondre à la question de savoir si la recourante aurait besoin d'une mesure de réinsertion avant la mise en place d'une mesure d'ordre professionnel. En ce sens, le recours est partiellement admis.

E. 15

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'500 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'OAI.

A/99/2011 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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