

GE_GERICHTE ATAS/764/2015 vom 6. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_764_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/764/2015 du 6 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/764/2015 del 6 ottobre 2015

Erwägungen

E. 6

Le 13 décembre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais d'un cours intensif de français du 6 au 24 décembre 2010 à titre de mesure d'intervention précoce. Cette mesure a été prolongée du 3 au 28 janvier 2011.

E. 7

Dans un rapport du 3 janvier 2011, les médecins du service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG ont retenu le diagnostic de traumatisme du genou droit survenu le 25 janvier 2010 avec déchirure méniscale, sur gonarthroses bilatérales. Ils indiquent que l'assurée va mieux grâce à un traitement de

A/992/2015 - 3/14 - physiothérapie pour le genou droit, mais que des gonalgies bilatérales invalidantes persistent.

E. 8

Le 16 février 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il prenait en charge les frais de cours de français et d'informatique du 21 février au 21 juin 2011 en vue de l'exercice d'une activité adaptée.

E. 9

Selon une note du service médical régional AI (SMR) datée du 14 mars 2011, l'assurée s'est vu délivrer un certificat de reprise du travail à 50% comme nettoyeuse. Elle travaille à raison d'une heure par jour. Elle a de grosses difficultés et les douleurs persistent. Le médecin du SMR a dès lors suggéré une expertise orthopédique auprès du docteur D_____.

E. 10

Le 25 mars 2011, l'assurée a informé l'OAI, par téléphone, avoir été mise au bénéfice d'un contrat de travail de durée déterminée auprès de E_____ du 28 mars au 10 juin 2011 pour la préparation de conférences qui auront lieu en juin 2011 (activité assise, légère, avec possibilité d'alterner les positions, utilité des connaissances en informatique). Selon l'OAI, « il s'agit d'une activité à 100% - donc les cours seront repris par la suite. Nous décidons de revoir la situation fin juin 2011 ».

E. 11

Par décision du 30 mars 2011, la SUVA a rejeté l'opposition formée par l'assurée à sa décision du 16 novembre 2010, considérant que l'accident n'avait pas développé d'effet au-delà du 30 novembre 2010.

E. 12

Le Dr D_____ a rédigé son rapport d'expertise le 15 juin 2011. Il a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail suivants : status après arthroscopie avec résection a minima de la corne postérieure du ménisque interne au genou droit, syndrome fémoro-patellaire bilatérale sur chondropathie dégénérative et gonarthrose modérée bilatérale. Il a indiqué que «°Le traumatisme subi le 25 janvier 2010 a provoqué des contusions multiples qui ont guéri sans séquelle, à l'exception du genou droit. La persistance de gonalgies droites a induit des investigations radiologiques et d'imagerie. La résonance magnétique effectuée le 19 mars 2010 a mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne sur méniscope. Le 15 septembre 2010, on pratique une arthroscopie avec méniscectomie au niveau du genou droit. Un examen d'imagerie est également effectué au niveau du genou gauche le 27 septembre 2010. Les résonances magnétiques des deux genoux mettent en évidence un état dégénératif modéré, des phénomènes de chondropathie avancée fémoro-patellaire. Le pronostic est favorable compte tenu que la situation actuelle paraît stabilisée. Toutefois, l'assurée doit éviter les efforts, le port de charges, de monter ou de descendre d'une échelle et de d'accroupir, etc... Si l'assurée respecte ces limitations, le pronostic fonctionnel et le pronostic professionnel sont bons ».

A/992/2015 - 4/14 - Il considère que l'assurée doit cesser définitivement l'activité de nettoyeuse, car une telle activité nécessite la marche prolongée, ainsi que des mouvements répétés d'accroupissement et de montée sur des échelles. En revanche, un travail en position assise, permettant une mobilisation, pourrait être assumé à 100%. Il relève que l'assurée a trouvé une activité de bureau à 100% du 28 mars au 10 juillet 2011. Il estime qu'elle doit bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité de bureau, un travail à l'ordinateur, dans l'horlogerie ou en tant qu'hôtesse ou de caissière.

E. 13

La prise en charge de frais pour un cours intensif de français a à nouveau été accordée à l'assurée du 15 août au 9 septembre 2011, prolongée du 26 septembre au 21 octobre 2011.

E. 14

Un rapport de clôture intervention précoce (IP) en vue de DDP a été établi le 13 septembre 2011. Il en résulte que « Madame est aussi inscrite à l'office cantonal de l'emploi (OCE), donc suivie dans le cadre de la collaboration CII-MAMAC (« Medizinisch-arbeitsmarktliche Assessments mit Case Management »). De la CDR, il ressort une perte de gain supérieure à 20%. Actuellement à 50% auprès de E_____ jusqu'à mi-novembre sur un poste administratif non qualifié – permet de rester active et faire de l'expérience. Parallèlement, elle suit un cours intensif de français. À évaluer dans le cadre de la CII – le type d'accompagnement simple et adéquat afin de favoriser son employabilité ».

E. 15

Le 14 septembre 2011 toutefois, l'OAI a constaté qu'elle avait interrompu prématurément sa formation.

E. 16

L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité de l'assurée le même jour. Il s'est fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 64'664.-, - calculé sur la base du questionnaire de B_____ du 4 novembre 2010 (salaire annuel CHF 55'200.- [CHF 4'600 x 12] et du

questionnaire de C_____ du 3 janvier 2011 (salaire annuel CHF 9'463.- [CHF 18.20 + 8.33% x 10 x 48 semaines par année]). Pour déterminer le revenu avec invalidité, il a pris en considération le tableau TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tous secteurs confondus, femme, activité de niveau 4. A une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée et avec une réduction supplémentaire de 10%, correspond ainsi un revenu avec invalidité de CHF 47'711.-. L'OAI a sur ces bases obtenu un degré d'invalidité de 26%.

E. 17

Dans une note de travail interne à l'OAI du 9 décembre 2011, l'assurée a annoncé que son contrat à E_____ se terminait le 23 décembre 2011 et qu'elle travaillait dans le cadre d'un nouveau contrat dès le 3 janvier 2012 à plein temps, ce jusqu'au 31 mars 2012. Elle indique qu'en février, elle se présentera pour le poste au courrier. Elle précise qu'après le 31 mars 2012, elle est tenue de faire une pause de cinq mois avant de pouvoir reprendre une mission au sein de E_____ - si l'occasion se présente et si elle n'est pas retenue pour le poste susmentionné. Elle ajoute qu'elle rencontre des difficultés avec le français écrit – et se rend compte

A/992/2015 - 5/14 - qu'elle doit absolument améliorer son niveau. Suivre des cours en dehors des heures de travail est toutefois difficile, car ses horaires ne sont pas toujours les mêmes. Elle privilégie le travail et préfère être toujours disponible. Elle annonce enfin que le recours envers la SUVA a été partiellement admis – le dossier a été retourné à la SUVA et elle devrait rencontrer prochainement un spécialiste.

E. 18

Le 19 janvier 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait été malade dès le

E. 23

Il ressort d'un rapport de réadaptation professionnelle daté du 9 décembre 2013 que l'assurée a de bonnes perspectives pour occuper prochainement un emploi de longue durée à condition qu'elle puisse acquérir suffisamment d'aisance en anglais. Elle a ainsi demandé à pouvoir bénéficier d'un séjour linguistique de trois mois en

A/992/2015 - 6/14 - Angleterre. Le service de réadaptation professionnelle a estimé qu'il était pertinent de répondre positivement à cette demande.

E. 24

Par communications des 19 décembre 2013 et 14 février 2014, l'assurée a été mise au bénéfice de quarante leçons d'anglais dès décembre 2013 et d'un séjour linguistique du 3 mars au 30 mai 2014.

E. 25

Une note de travail a été rédigée le 4 juin 2014 à son retour d'Angleterre. Il est prévu que l'assurée commence le 10 juin 2014 à E_____ dans le cadre de l'organisation d'une conférence avec un statut d'extra pendant dix jours. Un contrat à durée déterminée (CDD) est prévu à la fin de l'été. Durant ce contrat, le poste sera mis en concours et l'assurée passera fort probablement son entretien d'embauche en anglais. Le séjour linguistique s'est bien passé, elle dit avoir progressé. Elle a dû cependant modifier son programme de formation. Durant les trois dernières semaines, elle a changé d'école pour suivre un cours privilégiant l'oral, car la formation organisée par EF International Language Center ne

mettait pas suffisamment l'accent sur l'expression orale. Elle a demandé le remboursement des frais occasionnés par le changement d'école, ce qui lui a été accordé le 5 juin 2014.

E. 26

L'OAI a à nouveau procédé à la détermination de son degré d'invalidité. Il a obtenu un degré d'invalidité de 11,2% sur la base du revenu sans invalidité 2010 de CHF 64'664.-, revalorisé 2013, soit CHF 66'395.-, et d'un revenu avec invalidité de CHF 58'982.-, selon le tableau TA7 de l'ESS code 24 (logistique, ...), femme, niveau 4 (sans formation certifiée).

E. 27

Le mandat de réadaptation a été clôturé, d'autres mesures d'ordre professionnel n'étant plus indiquées. Il est précisé que « Ce jour, l'assurée nous informe qu'elle n'a pas encore été confirmée ; le poste qu'elle visait a été supprimé. Elle est toutefois toujours en emploi avec des CDD. Elle nous informe que dans sa mission actuelle, elle se déplace fréquemment et qu'elle connaît un retour des douleurs. Nous lui rappelons ses restrictions physiques. Conformément aux consignes de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) du 6 février 2014, nous clôturons le mandat de réadaptation. De la comparaison en annexe, il ressort une perte de gain de 11% ».

E. 28

Un projet de décision a été adressé à l'assurée le 16 janvier 2015, aux termes duquel le droit à une rente d'invalidité et à d'autres mesures professionnelles n'est pas admis. Ce projet a été confirmé par décision du 25 février 2015.

E. 29

L'assurée a interjeté recours le 24 mars 2015 contre ladite décision, alléguant que « suite à un accident du travail en 2010, je suis dans l'incapacité d'effectuer un travail physique de façon définitive. En 2011, j'ai pu accéder grâce à l'AI à une formation en informatique, puis à une formation d'anglais en 2014. Ces formations m'ont permis de trouver un emploi temporaire sous la forme de contrats ponctuels reconduits en fonction de la demande. Or, cette situation ne me permet pas

A/992/2015 - 7/14 - aujourd'hui, en tant que femme célibataire avec quatre enfants à charge et aucun contrat de travail fixe, de vivre décemment sans rente d'invalidité. C'est pourquoi je vous fais part, par cette lettre, de ma contestation de la décision rendue par courrier le 25 février 2015 et de mon souhait de continuer à bénéficier non seulement de la rente, mais aussi des mesures professionnelles qui pourront à terme, j'en suis sûre, me permettre d'obtenir un emploi fixe ».

E. 30

Dans sa réponse du 4 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, soulignant qu'« il est vrai qu'actuellement, l'assurée semble ne bénéficier que de contrats à durée déterminée auprès de l'organisation internationale où elle travaille (E_____). Le fait de pouvoir bénéficier d'un contrat de travail fixe à durée indéterminée n'est cependant plus du ressort de notre assurance ».

E. 31

Ce courrier a été transmis à l'assurée et un délai lui a été accordé pour faire part d'éventuelles observations. Elle ne s'est pas manifestée.

E. 32

Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. 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. 3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). 4. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 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).

A/992/2015 - 8/14 - 6. 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). 7. 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde

sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin

A/992/2015 - 9/14 - indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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. À 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 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).

8. 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).

9. 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

A/992/2015 - 10/14 - 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 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'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

A/992/2015 - 11/14 - d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration ; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 10. En cas d'absence de désignation

des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

A/992/2015 - 12/14 - 11. En l'espèce, l'OAI a considéré que l'assurée était capable de travailler à plein temps dans une activité adaptée. Il s'est fondé sur les conclusions du rapport d'expertise établi par le Dr D_____ le 15 juin 2011, selon lequel « l'assurée doit cesser définitivement l'activité de nettoyeuse, car une telle activité nécessite la marche prolongée, ainsi que des mouvements répétés d'accroupissement et de montée sur des échelles. En revanche, un travail en position assise, permettant une mobilisation, pourrait être assumé à 100% ». L'expert estime que l'assurée doit bénéficier d'un reclassement professionnel dans une activité de bureau, un travail à l'ordinateur, dans l'horlogerie ou en tant qu'hôtesse ou de caissière. Il relève qu'elle a du reste trouvé une activité de bureau à 100% du 28 mars au 10 juillet 2011. L'assurée a été mise au bénéfice de cours de français, d'informatique et d'anglais, ainsi que de la prise en charge de séjours en Angleterre. Elle a ainsi pu suivre une formation qui lui a permis de trouver des emplois à plein temps. Elle relève toutefois qu'elle n'a pu être engagée jusqu'ici que dans le cadre de contrats ponctuels reconduits en fonction de la demande et considère que cette situation ne lui suffit pas aujourd'hui, en tant que femme célibataire avec quatre enfants à charge et aucun contrat de travail fixe, pour vivre décemment sans rente d'invalidité. 12. Il y a lieu de constater qu'en réalité l'assurée ne conteste pas que les différentes formations prises en charge par l'AI lui permettent d'occuper des emplois adaptés à ses limitations fonctionnelles, ce à 100%. Elle ne conteste pas non plus le rapport du Dr D_____, lequel a au demeurant pleine valeur probante. Elle reproche toutefois à ces emplois de ne pas lui donner la sécurité financière

suffisante dont elle a besoin, elle et ses quatre enfants. La motivation de l'assurée pour retrouver la capacité d'exercer une activité lucrative à plein temps, malgré les limitations fonctionnelles dont il n'est pas contesté qu'elles l'empêchent de travailler dans l'activité qui était la sienne avant son accident, ne peut être que saluée. Force est toutefois de constater que l'assurée présente une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Le fait qu'elle n'ait pas trouvé jusqu'ici d'emplois pour une durée indéterminée n'est pas pertinent au regard de l'AI, mais ressort de l'assurance- chômage. 13. Reste à déterminer le degré d'invalidité. 14. L'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 11,2% sur la base du revenu sans invalidité et d'un revenu avec invalidité de CHF 58'982.-. Le calcul auquel a procédé l'OAI pour déterminer le degré d'invalidité n'est pas critiquable. Il ne peut être que confirmé, étant au surplus rappelé que l'administration dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour fixer le taux d'abattement. Le juge doit ainsi 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

A/992/2015 - 13/14 - 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. L'assurée ne le conteste pas. Force est ainsi de constater qu'un degré d'invalidité de 11% ne suffit pas pour ouvrir le droit à une rente. Il ne permet pas non plus l'octroi de mesures de réadaptation, étant rappelé à cet égard que l'assurée a précisément déjà été mise au bénéfice de telles mesures. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté.

A/992/2015 - 14/14 - 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.