

GE_GERICHTE ATAS/856/2019 vom 12. September 2019

GE Cour de justice, 2019-09-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_856_2019

FR: GE_GERICHTE ATAS/856/2019 du 12 septembre 2019

IT: GE_GERICHTE ATAS/856/2019 del 12 settembre 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), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

E. 3

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité, singulièrement sur la valeur probante du rapport d'expertise du 2 août 2017 et le degré d'invalidité.

E. 5

a. Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. 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). Pour qu'il y ait ainsi incapacité de gain au sens de l'art. 7 LPGA, l'assuré doit ne pas pouvoir surmonter, objectivement, par ses propres efforts, les répercussions négatives de ses problèmes de santé sur sa capacité de gain. En d'autres

termes, ce n'est qu'à partir du moment où l'effort n'est plus réalisable, faute d'être exigible, que la question de l'incapacité de gain se pose (Susana MESTRE CARVALHO, Exigibilité – La question des ressources mobilisables, in RSAS 2019, p. 60).

A/1818/2018 - 15/29 - Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). b. Les atteintes à la santé mentale ou psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art.

E. 8

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 (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c; arrêt du Tribunal fédéral 8C_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). b. 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

A/1818/2018 - 18/29 - l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). b/aa. Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles psychiques. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et

socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales, ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 648/03 du 18 septembre 2004 consid. 5.1.3 et 5.1.4). b/bb. En principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin 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). b/cc. 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. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1). c. Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de

A/1818/2018 - 19/29 - manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

E. 9

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). 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). De jurisprudence constante, le

juge apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C_537/2009 du 1er mars 2010 consid. 3.2).

E. 10

a. En l'espèce, par décision du 25 avril 2018, l'intimé a rejeté la demande de prestations de la recourante. Cette décision était notamment fondée sur le rapport d'expertise des médecins de la PMU du 2 août 2017. Il convient donc d'examiner sa valeur probante. Force est de constater que le rapport précité remplit sur le plan formel toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. En effet, il contient le résumé du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale du cas.

A/1818/2018 - 20/29 - b. Sur le fond, les médecins de la PMU ont retenu une maladie coronarienne bitronculaire stable. Ils ont également mentionné, en précisant qu'ils étaient sans influence sur la capacité de travail : un trouble somatoforme indifférencié (F45.1), des lombalgies chroniques non spécifiques, des gonalgies bilatérales prédominant à droite avec gonarthrose bicompartimentale interne droite radiologique, une obésité et un syndrome d'apnées du sommeil appareillé. Les experts ont plus particulièrement constaté que : ■ sur le plan rhumatologique, la recourante mentionne des lombalgies chroniques, des gonalgies bilatérales et des oligo-arthralgies, non spécifiques ; aucune maladie ostéo-articulaire spécifique ne justifie toutefois les douleurs alléguées par la recourante, lesquelles ne sont pas explicables par un modèle biomédical ; du point de vue rhumatologique, l'activité adaptée n'est toutefois plus exigible à 100% en raison notamment de la position principalement debout ; ■ sur le plan cardiologique, l'assurée se plaint d'une asthénie marquée et constante, ainsi que de douleurs thoraciques latérales gauches hautes non oppressives et sans irradiation, survenant au moindre effort et disparaissant au repos ; l'examen clinique est normal, sans insuffisance cardiaque ; le bilan effectué montre une maladie coronarienne stable ne pouvant expliquer la symptomatologie douloureuse et il n'y a pas d'étiologie cardiaque à la dyspnée rapportée ; ■ sur le plan psychiatrique, les experts ont retenu un diagnostic de trouble somatoforme indifférencié pour expliquer les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique prépondérante ; après avoir examiné les critères jurisprudentiels mentionnés ci-dessus, les experts ont considéré que le trouble somatoforme n'était pas incapacitant, en l'absence de comorbidité psychiatrique et de limitations dans toutes les domaines de la vie ; en outre, les médecins ont noté un comportement démonstratif, avec des soupirs répétés, pour signifier l'asthénie et les douleurs, avec des variations du rythme respiratoire au repos ; pour eux, l'assurée dispose de bonnes ressources, de sorte que le trouble somatoforme ne peut être considéré comme incapacitant. Après discussion interdisciplinaire, les experts ont considéré que la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Dans la mesure où les experts ont nié tout caractère incapacitant au trouble somatoforme indifférencié, il est superflu d'examiner les indicateurs standards, ce d'autant plus que la

recourante ne conteste nullement les conclusions des experts psychiatres.

E. 11

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui

A/1818/2018 - 21/29 - justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). En l'espèce, la recourante se fonde sur la coronarographie du 8 mai 2018 pour contester la valeur probante de l'expertise de la PMU du 2 août 2017 et conclure à une aggravation au moment de la décision querellée. Le rapport d'expertise dont la valeur probante est contestée par la recourante a été établi près de neuf mois avant que la décision querellée ne soit rendue. La coronarographie invoquée par la recourante a, quant à elle, été réalisée le 8 mai 2018, soit 13 jours après la décision querellée. Dès lors, l'aggravation de l'atteinte cardiaque est, selon toute vraisemblance, antérieure à la décision querellée, ce d'autant plus qu'en janvier 2018, l'examen VO2MAX a donné un résultat supérieur à la limite à partir de laquelle une greffe cardiaque doit être envisagée selon le Dr M_____. Cela étant, on ne saurait nier toute valeur probante à l'expertise de la PMU, laquelle se prononce sur l'état de santé de la recourante en été 2017. A cette période, celle-ci ne présentait aucune ischémie selon les examens complémentaires effectués à la demande des experts. Par conséquent, l'expertise du 2 août 2017 doit se voir reconnaître une pleine valeur probante en tant qu'elle se prononce sur l'état de santé de la recourante tel qu'il se présentait durant l'été 2017. Cependant, au vu de l'aggravation de l'atteinte cardiaque entre l'été 2017 et mai 2018, se pose la question d'un renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire sur la question de la capacité de travail de la recourante. Un tel renvoi est toutefois inutile, dès lors que les cardiologues traitants de la recourante, la Dresse D_____ et le Dr M_____, ont tous deux expliqué, lors de leur audition par la Cour de céans, que la pathologie cardiaque n'explique pas l'intensité de l'asthénie. Tous deux ont d'ailleurs évoqué une origine principalement psychique à ces symptômes. En outre, tous deux ont estimé qu'une capacité de travail est médicalement exigible du point de vue cardiologique. Pour la Dresse D_____, la recourante est capable de travailler à 50% dans son activité habituelle, en évitant les travaux lourds et en respectant les limitations fonctionnelles évoquées. Quant au Dr M_____, il a estimé que la capacité de travail est de 50%, dans une activité adaptée, l'activité habituelle étant trop physique à ses yeux. Il a également précisé qu'il admet une incapacité de travail de 50% afin de permettre à la recourante de se consacrer au traitement de sa maladie, sous la forme d'exercices modérés pratiqués hors milieu professionnel, à savoir si possible 30 minutes de marche cinq fois par semaine. Dans ces circonstances, retenir une capacité de travail de 100% comme l'ont fait les experts paraît trop optimiste, vu l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis lors. L'appréciation du Dr M_____ est, quant à elle, trop pessimiste. En

A/1818/2018 - 22/29 - effet, ce médecin estime justifiée la nécessité de disposer de 50% de temps libre (soit quatre heures par jour) par celle de pouvoir effectuer une marche de 30 minutes quotidiennement, ce qui apparaît pour le moins exagéré. La capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée se situe par conséquent, du point de vue cardiologique, entre les 100% retenus par les experts et les 50% invoqués par le Dr M_____.

Conformément à la jurisprudence fédérale, lorsqu'un rapport médical indique la capacité de travail sous la forme d'une fourchette de valeurs, il convient en règle générale de se fonder sur la valeur moyenne, ce qui permet d'éviter les inégalités de traitement résultant de ce genre d'évaluation (voir l'arrêt du Tribunal fédéral 9C_280/2010 du 12 avril 2010 consid. 4.2 et les références citées). Par conséquent, la Cour de céans retiendra dans le cas d'espèce, une capacité de travail de 75% sur le plan cardiaque, étant rappelé que les autres atteintes à la santé ne sont pas incapacitantes selon les experts, ce qui n'est au demeurant pas contesté par la recourante.

E. 12

Reste à déterminer si l'incapacité de travail moyenne de 25% est suffisante pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. a. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait – au degré de la vraisemblance prépondérante – réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et ATF 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 129 V 222 consid. 4.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre

A/1818/2018 - 23/29 - pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). A noter que la table TA1 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspond à la table TA1_skill_level des ESS publiées depuis 2012 (voir la lettre circulaire AI n° 328 du 22 octobre 2014). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations

fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 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

A/1818/2018 - 24/29 - 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. 13

En l'espèce, le revenu sans invalidité de CHF 53'645.- retenu par l'OAI correspond à celui réalisé en 2012, tel qu'indiqué par l'employeur de la recourante. Actualisé à 2014, année d'ouverture du droit éventuel à la rente, le revenu sans invalidité s'établit ainsi à CHF 54'711.-. Quant au revenu avec invalidité, il se détermine conformément à la table TA1_skill_level recensant les salaires pour l'année 2012. Selon cette table, le revenu mensuel moyen s'élevait, pour une femme, à CHF 4'112.- en 2012. Adapté au nombre d'heures dans les entreprises (41,7 heures), il équivaut à CHF 4'287.- par mois, soit CHF 51'444.- en 2012 et CHF 52'322.- en 2014, après indexation. Compte tenu des limitations fonctionnelles restreignant le choix des activités, il convient d'appliquer un abattement de 10%, ce qui porte le revenu avec invalidité à CHF 47'090.-. La comparaison de ces revenus conduit à un degré d'invalidité de 14%, pourcentage insuffisant pour donner droit à une rente. A noter que même si on retenait un abattement de 25%, le degré d'invalidité, de 30% dans ce cas, serait toujours insuffisant.

E. 14

A titre subsidiaire, la recourante conclut au renvoi de la cause à l'intimé pour mise en œuvre d'une nouvelle mesure d'observation/orientation professionnelle à 40%. a. Les constatations médicales peuvent notamment être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnelle de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il

appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer ; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 20 consid. 2b ; SVR 2006 IV n° 10 p. 39 [arrêt Z. du 26 octobre 2004, I 457/04] consid. 4.1, 2001 IV no 10 p. 27 [arrêt S. du 8 février 2000, I 362/99] ; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, p. 228). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la

A/1818/2018 - 25/29 - capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_462/2009 du 2 décembre 2009 consid. 2.4). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17 ; ATF 9C_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70 arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1). b. Selon 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). La prestation dont il est question doit remplir les conditions de simplicité et d'adéquation, ce qui suppose qu'elle soit propre à atteindre le but fixé par la loi et apparaisse nécessaire et suffisante à cette fin. Il doit par ailleurs exister un rapport raisonnable entre le coût et l'utilité de la prestation compte tenu de l'ensemble des circonstances de fait et de droit du cas particulier (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 p. 221 et les références; ULRICH MEYER-BLASER, Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht, 1985, p. 82 ss et 123 ss). Quant à la condition de l'invalidité exprimée par l'art. 8 al. 1 LAI, elle doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise (cf. Ulrich Meyer, Bundesgesetz über die

Invalidenversicherung, 2ème éd. 2010, ad art. 8 LAI p. 95). b/aa. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une

A/1818/2018 - 26/29 - formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par ailleurs, comme mentionné précédemment, seule une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b p110 et les arrêts cités). b/bb. Conformément à 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. L'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de cette disposition réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; voir également arrêt I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a p. 29; MEYER- BLASER, op. cit., p. 156 ss). L'orientation professionnelle doit guider l'assuré vers l'activité dans laquelle il aura le plus de chances de succès, compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes. Parmi les mesures qui peuvent entrer en ligne de compte figurent notamment les entretiens d'orientation, les tests d'aptitudes ou encore les stages d'observation en milieu ou hors milieu professionnel (arrêt I 552/86 du 27 novembre 1987 consid. 4a, in RCC 1988 p. 191; voir également Meyer, op. cit., ad art. 15 LAI p. 174). b/cc. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la novelle du 6 octobre 2006 [5ème révision de l'AI], en vigueur depuis le 1er janvier 2008), 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. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la

A/1818/2018 - 27/29 - 4e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80 consid. 6; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du

Tribunal fédéral des assurances I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). A notamment droit au service de placement au sens de l'art. 18 al.1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré qui, pour des raisons liées à son invalidité, doit faire valoir des exigences spéciales concernant le poste de travail, telles que des aides visuelles, ou vis-à-vis de l'employeur (par exemple tolérance de pauses de repos nécessitées par l'invalidité) et qui, de ce fait, doit faire appel aux connaissances professionnelles et à l'aide spécialisée de l'autorité chargée du placement pour trouver un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 510/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Il n'y a en revanche pas d'invalidité au sens de l'art. 18 al. 1 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003 (et donc aucun droit à une aide au placement) lorsque l'assuré dispose d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée et qu'il ne présente pas de limitations particulières liées à son état de santé, telles que mutisme, cécité, mobilité limitée, troubles de comportement, qui l'entraveraient dans sa recherche de travail, par exemple pour participer à des entretiens d'embauche, pour expliquer ses limites et ses possibilités dans une activité professionnelle ou pour négocier certains aménagements de travail nécessités par son invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 595/02 du 13 février 2003 consid. 1.2). Par ailleurs, les problèmes étrangers à l'invalidité, tels que le fait de ne pas savoir parler une des langues nationales, ne sont pas pris en considération lors de l'examen du droit à l'aide au placement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002, consid. 2c). Les arrêts précités ont certes été rendus sous l'empire de l'ancien droit, dans lequel l'art. 18 LAI avait une teneur différente mais ils demeurent valables après l'entrée en vigueur de la 5ème révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1er mars 2010 consid. 5.2).

E. 15

a. En l'espèce, la recourante a déjà bénéficié d'un stage d'observation professionnelle aux EPI, du 28 juillet au 27 octobre 2014. Selon le rapport final y relatif, la recourante a exprimé, à tout le moins au début de la mesure, la peur de douleurs ou d'un nouvel infarctus si elle ne se reposait pas souvent. Elle n'a pas poursuivi cette mesure en raison d'une grande fatigue et de multiples douleurs. Or, il ressort du rapport de la PMU que c'est le diagnostic de trouble somatoforme indifférencié, non invalidant, qui explique les douleurs thoraciques atypiques persistantes, les lombalgies, les douleurs des membres inférieurs, l'asthénie et la dyspnée sans étiologie organique. En réalité, l'incapacité de travail reconnue par le cardiologue traitant devrait uniquement permettre à la recourante de pouvoir se consacrer au traitement médical de l'affection cardiaque. Quant au trouble somatoforme indifférencié, lequel explique notamment l'asthénie, il n'est pas incapacitant selon les experts.

A/1818/2018 - 28/29 - Par conséquent, dans de telles circonstances, il n'est pas nécessaire d'ordonner une mesure d'observation professionnelle, destinée à déterminer la capacité de travail encore exigible. b. Par écriture du 19 décembre 2018, l'intimée a exclu le reclassement au motif que la recourante présentait un degré d'invalidité de 1%, fort éloigné des 20% exigés. Malgré l'aggravation, le degré d'invalidité de 14% est toujours insuffisant. Dans tous les cas, la recourante n'a pas formellement évoqué une telle mesure. Une éventuelle mesure d'orientation professionnelle n'entrerait pas non plus en considération. En effet, les limitations retenues sur le plan somatique liées aux déplacements et au port de charge sont peu importantes, étant rappelé que l'atteinte psychique n'a pas été considérée comme étant invalidante. Dès lors, dans la mesure où le marché de l'emploi offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à

l'évidence, adaptées aux limitations précitées et accessibles sans aucune formation particulière, il n'y a guère d'obstacles pour la recourante à l'exercice d'un emploi adapté à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle financée par l'assurance-invalidité apparaît superflu. Quant à l'aide au placement, force est de constater que les éventuelles difficultés de la recourante pour trouver un emploi ne résultent pas tant de ses atteintes à la santé - qui se traduisent simplement par des limitations au niveau des déplacements et du port de charges - que de ses difficultés linguistiques et de son manque de formation, dont l'assurance invalidité n'a pas à répondre, comme cela a déjà été relevé par le Tribunal des assurances sociales notamment dans un arrêt ATAS/1296/2007 du 22 novembre 2007. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé n'a pas octroyé de mesures d'ordre professionnel.

E. 16

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/1818/2018 - 29/29 - 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.