

# GE\_GERICHTE A/1056/2016 vom 1. November 2016

GE Cour de justice, 2016-11-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1056\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1056_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1056/2016 du 1 novembre 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1056/2016 del 1 novembre 2016

## Erwägungen

### E. 2

; maladie dépressive chronique et fluctuante avec crises de panique nécessitant un traitement par des psychotropes ; suspicion de maladie de Morton au pied droit. Une expertise serait souhaitable pour évaluation des plaintes physiques et psychologiques de l'assurée et son aptitude à reprendre le travail. Un reclassement professionnel apparaissait impossible, et une rente AI à 100 % nécessaire. ![endif]>![if> 28. D'après un rapport médical du 1<sup>er</sup> juillet 2014 de la docteure M\_\_\_\_\_, chirurgienne de la main, l'assurée avait depuis six mois des phénomènes de ressaut de son index droit et des douleurs au niveau de la face dorsoleinto-phalangienne du pouce, ayant nécessité, le 13 février 2014, une synarectomie de la gaine des fléchisseurs de l'index droit. D'un point de vue médical, l'activité habituelle d'aide-soignante était exigible à 100 %. ![endif]>![if> 29. Selon un rapport médical du 19 août 2014 de la Dre F\_\_\_\_\_, l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent en épisode alors moyen avec des syndromes somatiques (F33.11) ainsi que de dorsalgie et gonalgie (M54), de même que – mais sans répercussion sur la capacité de travail – d'antécédent personnel de traumatismes psychologiques non classés ailleurs (Z91.4) et de dislocation de la famille par séparation (Z63.5). Son incapacité de travail était de 100 % depuis environ cinq ans. Elle avait des difficultés à se déplacer, se pencher, à se concentrer et à garder en mémoire, ainsi qu'à s'exprimer en français, et une fatigabilité ; son rendement était réduit ; une reprise de son activité professionnelle et une amélioration de sa capacité de travail n'étaient pas envisageables. ![endif]>![if> 30. Lors d'un téléphone du 1<sup>er</sup> décembre 2014 à l'OAI, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'était pas apte à retravailler et rappelé qu'il avait préconisé qu'une expertise soit effectuée. ![endif]>![if> 31. Le 19 février 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ et la docteure N\_\_\_\_\_ du SMR ont exprimé l'avis qu'il fallait que l'assurée subisse un examen bi-disciplinaire rhumato-psychiatrique au SMR, pour lequel l'assurée sera convoquée, avec un interprète en langue espagnole, au SMR de Vevey pour le 27 avril 2015, où elle serait examinée par les docteurs O\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH, et P\_\_\_\_\_, psychiatre FMH. ![endif]>![if> 32. Les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont rendu leur rapport sur l'examen clinique rhumatologique et psychiatrique de l'assurée en date du 27 avril 2015. ![endif]>![if> Après avoir rappelé les problèmes d'ordre rhumatologique et psychique ayant amené l'OAI à solliciter leur appréciation de la situation de l'assurée (sur 1 page) et les éléments rhumatologiques versés au dossier (1¾ pages), les experts ont relaté son anamnèse familiale, personnelle et professionnelle ainsi que ses antécédents médicaux (1¾ pages), détaillant encore plus précisément son anamnèse ostéoarticulaire (rachialgies, gonalgie aux genoux droit et gauche, problèmes aux mains et aux pieds), son anamnèse psychosociale et psychiatrique et son anamnèse par système (dermatologique, cardiovasculaire, pneumologique, gastro-entérologique, génito-urinaire, ophtalmologique, neurologique, métabolique, allergies), avec mention de ses plaintes, de ses habitudes et du déroulement de son quotidien (3 pages). Ils ont décrit son status général,

neurologique, ostéoarticulaire et psychiatrique (3 pages) et ont passé en revue son dossier radiologique (2¾ pages). Ils ont ensuite indiqué leurs diagnostics, à savoir : avec répercussion durable sur la capacité de travail, les diagnostics de lombalgie chroniques sur troubles statiques (scoliose dorsolombaire, rotatoire au niveau lombaire) et troubles dégénératifs (discopathies étagées D12-L1 à L5-S1, rétrolisthésis L3-L4, protrusions discales et arthrose facettaire étagée) (M54.5), cervicalgies sur troubles dégénératifs (discopathie C6-C7) (M54.2) et gonarthrose tricompartmentale bilatérale (lésions méniscales internes, chondropathie fémororotulienne et fémorotibiale) (M17.0), ainsi que, sans répercussion sur la capacité de travail, les diagnostics de pouce gauche et majeur droit à ressaut (M65.3), difficultés liées à de possibles sévices sexuels infligés à un enfant par une personne étrangère à son entourage immédiat (Z61.5), épisodes récurrents de dépression réactionnelle en rémission (F33.4), status après fractures de fatigue des métatarses 2 à 4 gauche, de la diaphyse proximale interne et externe du tibia, et aspect cunéiforme de D12, L1 et L2. Les experts ont relaté leur appréciation de la situation de l'assurée, sur les plans rhumatologique (2 pages) et psychiatrique (1 page), et ont mentionné ses limitations fonctionnelles sur le plan rhumatologique (en précisant qu'il n'y en avait pas qui fussent incapacitantes sur le plan psychiatrique et que l'âge, l'absence de formation professionnelle, les difficultés linguistiques et financières ne faisaient pas partie du domaine médical), à savoir, concernant le rachis cervical, éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, les activités avec mobilisation répétée en rotation ou flexion-extension, le port de charges supérieures à 5 kg près et loin du corps, concernant le rachis lombaire, éviter les positions en porte-à-faux, le port de charges supérieures à 5 kg, les plateformes vibrantes, la marche sur terrain irrégulier et avoir une activité essentiellement assise avec changement de position deux fois par heure ou librement, et, concernant les genoux, éviter les activités accroupies ou à genou, l'utilisation d'escaliers, échelles ou escabeaux, et la marche sur terrain irrégulier. Ils se sont prononcés finalement sur la capacité de travail de l'assurée : il n'y avait pas eu d'incapacité de travail durable sur le plan psychiatrique ; sur le plan rhumatologique, une totale incapacité de travail avait existé dès le 31 août 2008, et elle était devenue définitive pour l'activité d'aide-soignante et de concierge dès mars 2009, mais, dans une activité adaptée, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 80 % dès mars 2009 et de 100 % dès juin 2009. 33. D'après un rapport du 11 juin 2015 du docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur auprès de l'hôpital de La Tour, l'assurée présentait des dorso-lombalgies chroniques sur une déformation scoliotique probablement idiopathique déjà présente à l'adolescence mais ayant progressé et s'étant décompensée avec l'apparition des troubles dégénératifs. Les symptômes étaient extrêmement invalidants et la déformation vraiment majeure, en particulier dans le plan sagittal. Une chirurgie majeure incluant possiblement une ostéotomie de la région thoraco-lombaire deviendrait à terme nécessaire ; l'indice de masse corporelle de l'assurée était trop élevé ; un programme nutritionnel de perte de poids devait être mis en place. 34. Le 6 juillet 2015, le Dr E\_\_\_\_\_ a adressé à l'OAI un rapport médical, dans lequel il a indiqué que l'assurée était, depuis le 22 septembre 2008, en incapacité totale d'exercer ses activités d'aide-soignante et de conciergerie. Aucune activité professionnelle ne pouvait être envisagée pour elle au vu de son état physique. Il n'y avait pas de mesures de réadaptation professionnelle envisageables, ni perspective d'une reprise d'activité professionnelle ou d'amélioration de sa capacité de travail. L'assurée ne pouvait pas exercer d'activité uniquement en position assise ou debout, dans différentes positions, principalement en marchant, en se penchant, en travaillant avec les bras au-dessus de la tête,

accroupie, à genoux, en rotation en position assise ou debout, en soulevant ou portant des poids (sans précision de poids), en montant sur une échelle, en montant des escaliers ; elle avait une capacité de concentration, de compréhension, d'adaptation et une résistance non limitées. ![/endif]>![if> 35. Par avis médical du 16 juillet 2015, la docteure R\_\_\_\_\_ du SMR a proposé de suivre les conclusions des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_. ![/endif]>![if> 36. Le 7 septembre 2015, l'OAI a considéré qu'une reprise de la mesure de réadaptation interrompue en avril 2014 n'était pas appropriée. ![/endif]>![if> 37. D'après une note de travail du 6 janvier 2016 de l'OAI, l'assurée avait travaillé comme aide-soignante à 80 % et elle avait poursuivi en parallèle une activité d'entretien d'immeuble ; l'évaluation de son invalidité devait prendre en compte tous les revenus sans et avec invalidité concrètement réalisés. En 2009, son revenu de concierge était de CHF 25'036.- ; comme elle n'avait pas repris d'activité lucrative, il fallait se fonder sur les statistiques salariales résultant de l'ESS, en se référant au tableau TA1 de l'ESS 2008, tous secteurs confondus, pour une femme, dans une activité de niveau 4 (tâches simples et répétitives, ne requérant ni qualification particulière ni formation), ce qui donnait un revenu annuel à 80 % de CHF 41'966.-, à réduire de 15 % en considération des limitations fonctionnelles, ce qui donnait un revenu annuel à 80 % de CHF 35'671.-, auquel s'ajoutaient les CHF 25'036.- de revenus réalisés comme concierge ; le revenu avec invalidité était donc de CHF 60'707.-. Concernant son revenu sans invalidité, à ces mêmes revenus de concierge de CHF 25'036.- se serait ajouté un revenu à 80 % d'aide-soignante à l'EMS D\_\_\_\_\_ de CHF 54'595.- (selon les indications fournies par ledit ancien employeur le 17 novembre 2008 et valorisé à l'année 2009) ; il serait ainsi de CHF 79'631.-. Compte tenu de la différence entre ces deux revenus avec et sans invalidité, le degré d'invalidité de l'assurée était de 23 % ( $(CHF\ 79'631.- - CHF\ 60'707.-) / CHF\ 79'631.- = 0.2376 \times 100 = 23.76\ %$ ). Il existait sur le marché de l'emploi un éventail d'activités légères simples non qualifiées et ne nécessitant pas de formation particulière (p. ex. dans l'industrie légère) qui permettraient à l'assurée de récupérer approximativement sa capacité de gain. La mise en place de mesures professionnelles n'était pas indiquée, compte tenu du fait que l'assurée, inactive depuis huit ans, ne se projetait pas dans la reprise d'une activité en raison de son atteinte à la santé, n'avait pas de formation professionnelle certifiée et présentait des lacunes en français ne lui permettant pas de suivre une formation certifiée. ![/endif]>![if> 38. Le 15 janvier 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles, reprenant en substance les motifs et le mode de calcul du degré d'invalidité figurant dans cette note de travail, en précisant que le salaire annuel résultant des ESS 2008 serait de CHF 51'368.- à 100 %, soit, actualisé selon l'indice suisse des salaires et ramené à un 80 %, de CHF 41'966.-, et en arrondissant le degré d'invalidité à 24 %. ![/endif]>![if> 39. Par courrier du 18 février 2016, l'assurée, via son avocat, a contesté ce projet de décision. Elle admettait que sa capacité de travail était nulle depuis mars 2009 dans son activité habituelle, mais estimait qu'aucune activité adaptée ne lui permettrait d'avoir une capacité de travail entière et considérait avoir droit à une rente d'invalidité entière. Elle sollicitait subsidiairement des mesures professionnelles afin de parvenir à exercer une activité lucrative qui serait adaptée à son état de santé. ![/endif]>![if> 40. Par décision du 23 février 2016, l'OAI a rendu une décision de refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles comportant la même motivation et les mêmes conclusions que le projet de décision précité, avec l'ajout que l'assurée n'avait pas apporté d'éléments nouveaux ni de pièces médicales démontrant que l'évaluation faite de sa capacité de travail serait erronée ; l'examen médical du 27 avril 2015 restait probant.

41. Par acte du 7 avril 2016, l'assurée a recouru contre cette décision auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant, préalablement, à l'octroi d'un délai pour compléter son recours, à son audition, à celle des Drs H\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, S\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ et à une expertise judiciaire, et, sur le fond, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi du dossier à l'OAI pour nouvelle décision, au remboursement des droits de greffe payés dans le cadre de la procédure et à l'octroi d'une indemnité de procédure.

42. Le 9 mai 2016, dans le délai lui ayant été accordé pour compléter son recours, l'assurée a indiqué persister dans ses conclusions. Le litige consistait à déterminer dans quelle mesure elle pouvait exercer une activité adaptée, étant rappelé qu'il était admis que sa capacité de travail était nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante. L'assurée considérait que sa capacité de travail ne pouvait excéder son activité actuelle de concierge à un taux de 20 %. Elle contestait les conclusions du rapport d'examen rhumatologique et psychiatrique établi le 27 avril 2015 par le SMR. Plusieurs médecins avaient considéré qu'elle ne pouvait exercer aucune activité, en particulier le Dr H\_\_\_\_\_ dans ses courriers à l'OAI des 22 mai 2014 et 23 mars 2015 et le Dr E\_\_\_\_\_ dans son courrier à l'OAI du 6 juillet 2015.

43. Par mémoire du 7 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, en se référant au dossier et à la décision attaquée. Le rapport du 27 avril 2015 des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante. Il en ressortait que l'assurée ne pouvait plus exercer son activité habituelle d'aide-soignante et de concierge, mais avait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas d'éléments objectivement vérifiables, de nature clinique ou diagnostique, qui avaient été ignorés par les experts et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé de leur point de vue ou établir le caractère incomplet de ce dernier ; l'appréciation divergente de médecins traitants de l'assurée n'était pas déterminante. Le dossier était complet ; il n'y avait pas lieu d'ordonner des actes d'instruction, ni d'octroyer à l'assurée des mesures professionnelles, la mise en œuvre de sa pleine capacité de travail étant exigible et le marché de l'emploi offrant un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans formation particulière.

44. L'assurée n'a pas fait usage de la possibilité qui lui a été accordée de présenter des observations et verser des pièces utiles au dossier.

**EN DROIT**

1. a. 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 1<sup>er</sup> 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, la décision attaquée ayant été rendue en application de la LAI.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Déposé le 7 avril 2016, le présent recours a été interjeté en temps utile, étant précisé que le délai de recours a commencé à courir le lendemain de la notification de la décision attaquée, intervenue le 25 février 2016, et est arrivé à échéance le lundi 11 avril 2016, compte tenu de la suspension du délai de recours durant les fêtes de Pâques, du 27 mars au 3 avril 2016, et

du report au premier jour ouvrable de l'échéance d'un délai tombant sur un dimanche (art. 38 al. 1, 3 et 4 let. a et art. 60 LPGa). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prescrites par l'art. 61 let. b LPGa (cf. aussi art. 89B LPA). Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGa). c. Le présent recours sera donc déclaré recevable. 2. La décision attaquée, définissant l'objet possible du recours formé à son encontre, nie le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles. Le litige porte sur la question de savoir si et, dans l'affirmative, dans quelle mesure la recourante présente une capacité de travail, et donc de gain, dans une activité adaptée (en particulier les activités du type de celles visées par la catégorie considérée des ESS) et le cas échéant une invalidité ; il porte aussi, subsidiairement, sur le point de savoir si la recourante a droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Il n'est en revanche pas contesté que depuis mars 2009 la recourante est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, tant dans son activité principale d'aide-soignante qu'elle a exercée à 80 % depuis 2001, que dans celle de concierge. Les ambiguïtés que comporte le dossier sur ce dernier point doivent être tenues pour levées. En effet, si les médecins ont signalé une incapacité totale de travailler comme aide-soignante sans mentionner explicitement l'activité accessoire de concierge (à l'exception du Dr E\_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 6 juillet 2015 à l'intimé), les experts ont dit expressis verbis, dans les conclusions de leur rapport du 27 avril 2015, que la capacité de travail était devenue nulle de façon définitive dès mars 2009 dans les deux activités habituelles considérées. Dans la décision attaquée, l'intimé a noté, au titre du résultat de ses constatations, que la capacité de travail de la recourante était à considérer comme nulle dans « l'activité habituelle », utilisant à ce propos de façon quelque peu stéréotypée le singulier ; il a cependant précisé, dans sa réponse au recours, que la recourante ne pouvait plus exercer « son activité habituelle d'aide-soignante et de concierge », mais avait une « capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles ». Les activités adaptées envisagées, entrant dans l'éventail des activités simples et répétitives qu'englobent celles du tableau TA1, niveau 4, de l'ESS 2008, n'apparaissent d'ailleurs pas être de celles qu'impliquent les travaux de conciergerie, même si, en considération des limitations fonctionnelles de la recourante, l'intimé a opéré un abattement de 15 % sur le revenu résultant desdites ESS pour le type d'activités considéré. 3. a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGa ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGa ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que

certaines faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 5d). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLY, op. cit., n. 78). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLY, op. cit., n. 81 ss). 4. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit en vigueur lorsque, le cas échéant, est survenue l'invalidité alléguée par la recourante, soit en mars 2009, mois à partir duquel l'intimé a admis que cette dernière n'avait définitivement plus de capacité de travail dans ses activités habituelles d'aide-soignante et de concierge, mais pas dans une activité adaptée (ni alors ni par la suite, jusqu'au jour de la décision attaquée), contrairement à l'avis de la recourante. Le droit applicable est dès lors la législation sur l'AI dans son état antérieur au 1<sup>er</sup> janvier 2012, date d'entrée en vigueur de la révision de la LAI dite 6a du 18 mars 2011, et, pour les faits qui seraient survenus depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2012, la LAI dans sa version actuelle. Il sied cependant de préciser qu'à l'instar d'ailleurs des révisions précédentes de la LAI – à savoir celles des 21 mars 2003 [4<sup>ème</sup> révision] et 6 octobre 2006 [5<sup>ème</sup> révision], entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004 et 1<sup>er</sup> janvier 2008 – ladite révision 6a n'a pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de 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). 5. a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI).

Quant à lui, l'octroi de mesures de réadaptation, destinées aux assurés invalides ou menacés d'invalidité (art. 8 al. 1 in initio LAI), suppose qu'elles soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer la capacité de gain desdits assurés ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels – sous réserve, selon l'art. 8 al. 2 LAI, des mesures médicales nécessaires au traitement des maladies congénitales (art. 13 LAI) et des moyens auxiliaires (art. 21 LAI) – et que les conditions propres à chacune de ces mesures soient par ailleurs remplies (art. 8 al. 1 LAI ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 242 ss, 254 ss, 257 ss). Les deux types de prestations (rente et mesures de réadaptation) font référence à la notion d'invalidité. b. 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 art. 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle 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 sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). 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 (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain ; est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA, auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). c. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure

d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). d. Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. d/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). d/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales, et ils ne sont pas dépourvus de toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_274/2015 du 4 janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_310/2015 du 15

janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C\_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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). d/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C\_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 6. a. En l'espèce, il appert que le rapport d'examen clinique rhumatologique et psychiatrique que les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont rendu le 27 avril 2015 a valeur de rapport d'expertise bi-disciplinaire. Peu importe que lesdits médecins appartiennent au SMR de Vevey, autrement dit soient employés par un organe de l'AI, dès lors que rien dans le dossier ne permet d'inférer de cette qualité un quelconque manque d'objectivité. Ces deux médecins sont par ailleurs des spécialistes des deux disciplines médicales – la rhumatologie et la psychiatrie – pertinentes pour apprécier la capacité de travail de la recourante eu égard aux atteintes à la santé invoquées. Ledit rapport satisfait, d'un point de vue formel, aux exigences jurisprudentielles permettant de reconnaître valeur probante à un rapport médical et en particulier à un rapport d'expertise. Il comporte en effet, de façon au surplus détaillée et étayée par des références aux pièces du dossier (pour l'essentiel des avis et rapports médicaux et radiologiques), une anamnèse des différentes facettes tant de la vie que de la santé de la recourante, mentionne les plaintes, les antécédents et les habitudes de cette dernière, et décrit ses différents status pertinents. Il énumère les diagnostics retenus, avec la précision de leur caractère le cas échéant incapacitant, et il contient une discussion du cas de la recourante, avant de conclure par les réponses aux questions posées, autrement dit de préciser si, dans quelle mesure et depuis quand les atteintes à la santé retenues avaient ou

non un effet incapacitant au regard d'une part des activités habituelles d'aide-soignante et de concierge et d'autre part dans une activité adaptée, compte tenu de limitations fonctionnelles dûment indiquées. b. D'un point de vue matériel, il n'est pas contestable que les experts ont examiné la recourante, ont procédé à une étude fouillée du dossier et ont abouti – sur la base d'exams complets, en pleine connaissance du dossier, dont de l'anamnèse et des plaintes de la recourante – à des conclusions qu'ils ont motivées et apparaissent convaincantes. b/aa. Ils ont dûment expliqué pourquoi, sur le plan psychiatrique, ils ne retenaient pas de pathologie incapacitante, tant, sous cet angle, pour ses activités habituelles que pour toute autre activité, en dépit du fait que la recourante avait déclaré à l'expert psychiatre que « son état dépressif (n'avait) jamais été si grave ». La chambre de céans reproduit ici leur appréciation du cas à ce sujet, qu'elle estime pleinement convaincante et que la recourante, au demeurant, n'a pas contesté : « Notre examen clinique psychiatrique n'a pas montré de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée, de trouble phobique, de trouble de la personnalité morbide, d'état de stress post-traumatique, de troubles obsessionnels compulsifs, de trouble dissociatif, de syndrome douloureux somatoforme persistant, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques, ni de perturbation sévère de l'environnement psychosocial. La symptomatologie dépressive réactionnelle d'intensité moyenne est en rémission et ne justifie pas une diminution de la capacité de travail. Par ailleurs, l'épisode dépressif moyen, décrit par la Dresse F\_\_\_\_\_, ne réunit pas les critères cliniques de la CIM-10. Vu que le facteur déclenchant majeur est représenté par les douleurs chroniques, selon la doctrine médicale, en présence des douleurs chroniques persistantes, les états dépressifs constituent des manifestations réactives d'accompagnement de ces troubles, de sorte qu'un tel diagnostic ne saurait être reconnu comme constitutif d'une comorbidité psychiatrique autonome du trouble douloureux. Sur la base de notre observation clinique, nous avons retenu le diagnostic d'épisodes récurrents de dépression réactionnelle d'intensité moyenne en rémission, sans incidence sur la capacité de travail. ». b/bb. Sur le plan somatique, en particulier rhumatologique, la recourante n'a pas contesté les diagnostics posés par les experts. Ces derniers ont dûment motivé leur appréciation que les atteintes à la santé retenues n'étaient pas incapacitantes dans une activité adaptée. En résumé de ce qu'ils ont développé sur 2¼ pages de leur rapport, ils ont indiqué, de façon convainquant la chambre de céans, ce qui suit : « Concernant la capacité de travail exigible, elle est déterminée sur le plan rhumatologique par la tolérance mécanique du rachis cervical, du rachis lombaire et des genoux. En l'absence d'une irritation radiculaire ou tronculaire claire que ce soit au niveau cervicobrachial ou dorsolombaire, la capacité de travail est entière dans une activité adaptée. L'assurée mentionne des vertiges et vomissements lors de l'utilisation des transports publics. Elle peut y remédier par l'utilisation d'un traitement médicamenteux approprié préventif. Ses déplacements vers le lieu de travail ne devraient donc pas poser de problèmes. En ce qui concerne les doigts à ressaut (pouce G, majeur D), la problématique est accessible aux infiltrations locales, voire à la chirurgie. Cela a été le cas pour l'index droit. Un traitement chirurgical ne devrait pas justifier une IT au-delà de un mois. En ce qui concerne l'engourdissement de la main G, nous n'avons actuellement pas la preuve qu'il s'agit d'une récurrence d'un syndrome du tunnel carpien. Pour en être sûr, un examen par électrophysiologie peut être proposé. La récurrence du syndrome du tunnel carpien ne justifie pas une IT de longue durée. Elle est accessible à un traitement par infiltration locale par corticostéroïdes ou chirurgie classique ou mono-invasive. La durée d'IT après un tel geste chirurgical ne dépasse pas un mois. En ce qui concerne les gonalgies et podalgies, la

surcharge pondérale actuelle joue un rôle défavorable dans l'apparition des fractures de stress à répétition et des douleurs. Une perte pondérale est exigible. Celle-ci devrait non seulement améliorer les plaintes aux genoux et aux pieds, mais également au niveau du rachis lombaire. » b/cc. Les limitations fonctionnelles retenues par les experts ne sont pas contestées par la recourante et elles n'apparaissent pas contestables. Il est par ailleurs juste de retenir que – sans préjudice de la question évoquée plus loin d'une baisse de rendement – ces limitations sont compatibles avec l'exercice d'une palette d'activités relevant, à l'instar d'emplois dans l'industrie légère, des activités professionnelles englobées dans celles du tableau TA1 de l'ESS 2008, tous secteurs confondus, pour une femme, dans une activité de niveau 4 (tâches simples et répétitives, ne requérant ni qualification particulière ni formation). La recourante doit surmonter sa fixation de travailler dans le domaine médical, sans même parler de l'exigibilité d'une perte pondérale propre à atténuer ses atteintes à la santé. c. Force est par ailleurs de constater que ses médecins traitants, de l'avis desquels elle se prévaut, se sont bornés à émettre une appréciation divergente de celle des experts quant à la répercussion des atteintes à la santé diagnostiquées sur la capacité de travail dans une activité adaptée, sans toutefois dépasser le seuil de la simple affirmation d'une incapacité (totale, voire partielle) de travail, autrement dit sans motiver leur avis. Ainsi en va-t-il des avis sommaires exprimés notamment par les Drs H\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_. Il sied d'ailleurs de noter que l'avis de certains d'entre eux a varié ; ainsi, le Dr H\_\_\_\_\_ estimait, dans un rapport du 10 décembre 2012, que la capacité de travail de la recourante était de 100 % dans toute activité adaptée n'impliquant pas le port de charges, mais, sans qu'une notable dégradation d'état de santé ne soit relevé, il a estimé, dans un courrier du 22 mai 2014 à l'intimé et lors d'un téléphone du 1<sup>er</sup> décembre 2014 à l'intimé, qu'un reclassement professionnel apparaissait impossible et que l'octroi d'une rente AI à 100 % était nécessaire. La chambre de céans ne retient pas, inversement, l'avis de la Dre M\_\_\_\_\_ selon lequel, d'un point de vue médical, l'activité habituelle d'aide-soignante de la recourante était exigible à 100 %, tant il est évident que cet avis doit être replacé dans son contexte, limité à l'opération de la main qu'avait subie la recourante. Il n'y a pas, dans les avis médicaux émis par les médecins traitants de la recourante, d'arguments démontrant des contradictions dans ceux des experts ou amenant à remettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions. d. La chambre de céans estime que le rapport d'expertise rendu en l'espèce par deux spécialistes du SMR de Vevey doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, et qu'il ne présente pas de faille devant conduire à ordonner des actes d'instruction, en particulier à procéder à l'audition des médecins traitants de la recourante et à celle de cette dernière, ni à ordonner une expertise judiciaire. Une appréciation anticipée de telles preuves l'amène à rejeter les conclusions préalables du recours (étant rappelé qu'elle a donné suite à la première d'entre elles, consistant à octroyer à la recourante un délai pour compléter le recours, au demeurant sans que le complément de recours n'ait contenu d'éléments un tant soit peu substantiels). La recourante n'a pour le surplus par formulé d'observations à la suite de la réponse de l'intimé, ni, surtout, produit de pièces médicales pertinentes susceptibles d'apporter des éléments propres à convaincre la chambre de céans du bien-fondé des conclusions – préalables et/ou au fond – du recours. 7. a. La chambre de céans admet donc que la recourante avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, et même plus précisément dans des activités du type de celles qui ont été retenues par l'intimé. Il n'en faut pas moins encore vérifier si l'intimé a établi le degré d'invalidité de la recourante sur la base de la bonne méthode et d'un juste calcul. b. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut

du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale (ou, selon les circonstances, extraordinaire) de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Il n'est pas contesté, en l'espèce, que la recourante doit se voir reconnaître le statut de personne active, en tant qu'elle exerçait les activités d'aide-soignante à 80 % et de concierge à un taux d'activité supérieur (ou pour le moins égal) à 20 %. Ainsi que l'intimé l'a retenu, il y a donc lieu d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1). c. Selon cette méthode, prévue par l'art. 16 LPGA, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Il faut en outre prendre en compte l'ensemble de l'activité de l'assuré, le cas échéant tant principale qu'accessoire, de façon objective (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité. Commentaire thématique, 2011, n. 2060 ss ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 322 ss). Le revenu sans invalidité se détermine en établissant, au degré de la vraisemblance prépondérante, ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu avec invalidité de l'assuré, il y a lieu, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). d. En l'espèce, si la recourante n'avait pas eu les atteintes à la santé l'empêchant d'exercer ses activités habituelles d'aide-soignante et de concierge, elle aurait réalisé, en 2009, année de référence, un revenu d'aide-soignante à 80 % de CHF 54'595.- et des revenus de conciergerie de CHF 25'036.-, soit un revenu annuel total de CHF 79'631.-. La recourante n'est plus capable d'exercer ces deux activités, mais elle est capable de travailler à 100 % dans une activité adaptée depuis mars 2009. Elle n'a pas repris d'activité lucrative. Aussi est-ce à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les statistiques de l'ESS 2008, pour des activités visées par le tableau TA1, de niveau 4 (femme exerçant des activités simples et répétitives, sans qualifications particulières et sans formation), permettant de réaliser un salaire annuel de CHF 51'368.- à 100 %, soit, actualisé à 2009 selon l'indice suisse des salaires, un salaire annuel de CHF 52'457.50. L'intimé n'a retenu, au titre des revenus avec invalidité, que le 80 % de ce montant-ci, à savoir CHF 41'966.- (taux correspondant à celui auquel elle était engagée comme aide-soignante), sous déduction d'un abattement de 15 %

en considération des limitations fonctionnelles de la recourante, donnant ainsi un montant de CHF 35'671.-, auquel il a ajouté l'intégralité des revenus que la conciergerie lui rapporterait (et a continué à lui rapporter), soit CHF 25'036.-. Ainsi, selon l'intimé, les revenus avec invalidité pertinents sont de CHF 60'707.- (CHF 35'671.- + CHF 25'036.-), et il s'ensuit que la perte de gain réalisée est de CHF 18'924.- (CHF 79'631.- - CHF 60'707.-), ce qui donne, rapporté (ainsi qu'il le faut) aux revenus pertinents sans invalidité (CHF 79'631.-), un pourcentage et, simultanément, un degré d'invalidité de 23.76 %, à arrondir à 24 %. Toutefois, dès lors que la recourante est reconnue incapable d'exercer l'activité de concierge (en plus de celle d'aide-soignante), il n'y a pas lieu de ramener le salaire annuel résultant de l'ESS 2008 pour les activités considérées, actualisé à 2009, à un 80 %, ni ensuite, après un abattement justifié par les limitations fonctionnelles, d'ajouter le montant résultant de l'exercice de l'activité de concierge. Pour établir la perte de gain due aux atteintes à la santé, il faut prendre en l'occurrence le 100 % dudit salaire, soit CHF 52'457.50, dont à déduire l'abattement devant être appliqué (ce qui n'est ici pas contesté ni contestable sur le plan du principe). En retenant, comme l'intimé, un abattement de 15 %, on obtient des revenus avec invalidité pertinents de CHF 44'589.-, donc une perte de gain de CHF 35'042.-, montant qui, rapporté aux revenus pertinents sans invalidité (CHF 79'631.-), représente un degré d'invalidité de 44 %, ouvrant le droit à un quart de rente AI (art. 28 al. 2 LAI). Peu importe que la recourante ait accompli et continué à accomplir certaines des tâches de conciergerie et de réaliser ainsi des revenus. Il s'agit en effet, à ce stade, de déterminer, non une capacité de travail, mais un degré d'invalidité lié à la reconnaissance d'une capacité de travail dans une activité adaptée, susceptible de rapporter des revenus moindres que dans les activités habituelles réputées ne plus pouvoir être exercées. Il n'y a par ailleurs pas d'éléments permettant d'inférer de la poursuite d'une activité de conciergerie que les conclusions des experts quant à la capacité de travail de la recourante seraient erronées, et, partant, la décision attaquée aussi, car il ressort du dossier que si la recourante est certes la partie contractante, en tant que salariée, du contrat de travail qui a été conclu avec le propriétaire de l'immeuble dans lequel elle et sa famille ont occupé et occupent, grâce à cette conciergerie, un logement au loyer bon marché, les tâches incompatibles ou peu compatibles avec ses limitations fonctionnelles ont été et sont assumées en réalité par son mari et ses fils. e. Les limitations fonctionnelles de la recourante n'existent, de façon non contestée et en tout état non contestable, que sur le plan somatique. Elles n'en sont pas moins importantes, puisque, selon les experts, elles consistent à éviter les activités avec les bras au-dessus de l'horizontale, une mobilisation répétée en rotation ou flexion-extension, le port de charges supérieures à 5 kg près et loin du corps, les positions en porte-à-faux, les plateformes vibrantes, la marche sur terrain irrégulier, les activités accroupies ou à genou, l'utilisation d'escaliers, échelles ou escabeaux, et à avoir une activité essentiellement assise avec changement de position deux fois par heure ou librement. En considération de limitations fonctionnelles moins détaillées et même moins importantes (puisque les poids ne devant être portés étaient ceux supérieurs à 15 kg), le SMR et, à sa suite, l'intimé avaient évoqué une baisse de rendement de 20 %, respectivement le 6 avril 2009 et le 18 novembre 2010. Ultérieurement (soit dès son évaluation du 19 mai 2014 de l'invalidité de la recourante), et dans la décision attaquée, l'intimé a retenu un taux d'abattement de 15 %, sans justifier cette nouvelle approche de la question, tout en relevant, dans sa note de travail du 6 janvier 2016, que les activités lui étant accessibles sur le marché de l'emploi permettraient à la recourante de « récupérer approximativement sa capacité de gain ». Pour la recourante et compte tenu des activités

lucratives lui restant accessibles, il n'y a certes pas d'autres motifs que ceux liés à son handicap à prendre en compte pour déterminer la mesure de l'abattement à effectuer sur le montant du salaire ressortant des statistiques (Michel VALTERIO, op. cit. n. 2129 ss). La chambre de céans considère qu'un abattement de 20 % doit en l'occurrence être retenu. Il s'ensuit que les revenus avec invalidité pertinents pour la comparaison des revenus à effectuer pour déterminer le degré d'invalidité sont en l'espèce de CHF 41'966.- (CHF 52'457.50 - 20 %), ce qui donne une perte de gain de CHF 37'665.-, montant qui, rapporté aux revenus pertinents sans invalidité (CHF 79'631.-), donne un degré d'invalidité de 47.30 %, à arrondir à 47 % (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3). f. Ainsi, contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, la recourante est atteinte d'une invalidité lui ouvrant le droit à une rente AI, soit, en l'occurrence, à un quart de rente (art. 28 al. 2 LAI), au demeurant qu'on applique un taux d'abattement de 15 % (comme l'a fait l'intimé) ou de 20 % (comme le retient la chambre de céans). Le recours doit donc être admis – partiellement (en tant que la recourante a prétendu avoir droit à une rente AI entière) – et la décision attaquée être annulée. Il incombe à l'intimé de déterminer le jour à partir duquel la recourante a droit à son quart de rente AI et d'en faire calculer le montant. 8. La question subsidiaire d'un droit à des mesures de réadaptation est sans objet. La chambre de céans rappelle dès lors succinctement que la recourante a déjà bénéficié de plusieurs mesures d'ordre professionnel, sans en avoir véritablement tiré profit, et qu'elle a une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et n'a donc pas besoin de telles mesures (sur les mesures d'ordre professionnel, cf. art. 5 à 7 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI - RS 831.201 ; Pierre-Yves GREBER, op. cit., n. 287 ss ; Michel VALTERIO, op. cit., n. 1615 ss, 1626 ss, 1674 ss, 1717 ss, 1732 ss, 1739 ss). 9. a. La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1 bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 400.- (art. 69 al. 1 bis phr. 2 in fine LAI). b. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). \* \* \* \* \* 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.