

GE_GERICHTE A/2256/2017 vom 23. Juli 2018

GE Cour de justice, 2018-07-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2256_2017

FR: GE_GERICHTE A/2256/2017 du 23 juillet 2018

IT: GE_GERICHTE A/2256/2017 del 23 luglio 2018

Erwägungen

E. 40

% au moins.![endif]>![if> Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18e anniversaire de l'assuré. 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). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8). 6. a. Selon l'art. 87 al. 1 let b, al. 2 et 3 RAI, la révision a lieu d'office lorsque des organes de l'assurance ont connaissance de faits ou ordonnent des mesures qui peuvent entraîner une modification importante du taux d'invalidité, du degré d'impotence ou encore du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité (al. 1 let. b). Lorsqu'une demande de révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsque la rente, l'allocation pour impotent ou la contribution d'assistance a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, parce qu'il n'y avait pas d'impotence ou parce que le besoin d'aide ne donnait pas droit à une contribution d'assistance, la nouvelle demande ne peut être examinée que si les conditions prévues à l'al. 2 sont remplies (al. 3).![endif]>![if> Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande (art. 87 al. 3 RAI), elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA et comparer les circonstances prévalant lors de la nouvelle décision avec celles existant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) pour déterminer si une modification notable du taux d'invalidité justifiant la révision du droit en question est intervenue (arrêt du Tribunal fédéral 9C_57/2016 du 29 juin 2016). b. L'art. 17 al. 1er LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout

changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). 7. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assuré, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).!> Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 8. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon

la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).!endif]>![if> Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

9. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).!endif]>![if> Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante. S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière

suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

!endif]>![if> 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. 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 permet 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. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre

en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGa ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3). Un rapport du SMR 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. On ne saurait en revanche leur dénier 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). 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). 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). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils 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 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). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit,

le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 certains 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; ATF 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; ATF 122 V 157 consid. 1d).

12. 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 (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'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 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'ESS (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). 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). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA),

on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé - puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPGA) - et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit., consid. 4.2 et 9C_602/2015, op. cit., consid. 6.1). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49%, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50%, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). 13. En l'espèce, étant rappelé que selon la jurisprudence le juge appelé à connaître de la légalité d'une décision rendue par les organes de l'assurance sociale doit apprécier l'état de fait déterminant existant au moment où la décision sur opposition litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités ; ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1), dans ses écritures successives, la recourante a contesté la décision entreprise (du 27 avril 2017) en invoquant plusieurs griefs.!

[endif]>!

[if> 14. Dans un premier grief, elle reproche implicitement à l'OAI de ne pas avoir pris en compte son état de santé actuel, dans la mesure où la décision entreprise se fonde sur les conclusions auxquelles les spécialistes, rhumatologue et psychiatre, sont parvenus, après l'avoir examinée en mai 2016, reprises à son compte par la permanence du SMR notamment dans son rapport final subséquent du 7 juillet 2016. Elle a produit à l'appui de son recours un rapport d'IRM lombaire du Dr G_____ du 28 mars 2017, copie du courrier recommandé de son médecin traitant à l'OAI du 19 février 2017, et copie du courrier subséquent de son médecin traitant à l'OAI, daté de façon manifestement erronée du 19 février 2017 d'une part puisqu'il mentionnait notamment annexer le rapport d'IRM susmentionné du 28 mars 2017 et d'autre part parce qu'il ressort du dossier que l'OAI l'avait reçu le 12 avril 2017.!

[endif]>!

[if> C'est le lieu d'observer que la recourante n'a pas foncièrement remis en cause l'examen des spécialistes du SMR de mai 2016, rappelant notamment lors de son audition que le principe de sa capacité à exercer une activité adaptée

aux limitations fonctionnelles qui ont été admises ne fait pas l'objet de contestation dans le cadre de cette procédure. Son médecin traitant a certes affirmé dans son courrier du 19 février 2017 que la CT de sa patiente était réduite à 60 %, en raison de problèmes médicaux et non sociaux, sans pour autant justifier la raison pour laquelle il s'écartait implicitement des conclusions des spécialistes du SMR ayant examiné sa patiente. Ponctuellement, dans son argumentation, la recourante a également évoqué le contenu du rapport d'examen de mai 2016, pour en tirer d'autres conclusions, de sorte qu'il y a lieu tout d'abord, et en fonction de la jurisprudence rappelée précédemment, de constater que le rapport relatif à l'examen bidisciplinaire de mai 2016, pratiqué par les médecins de l'assureur social, spécialistes reconnus, doit en l'occurrence se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport a en effet été établi sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, prenant en compte les plaintes de l'expertisée (voir ci-dessus en fait ad ch. 10). Ces médecins aboutissent à des résultats convaincants, leurs conclusions sont sérieusement motivées et ces avis ne contiennent pas de contradictions. Enfin aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Leur impartialité n'a d'ailleurs pas été mise en doute, ni par la recourante ni par son médecin traitant: interrogée par la chambre de céans au sujet du déroulement de cet examen, l'assurée a confirmé avoir été examinée par les deux spécialistes, le 2 mai 2016, remarquant certes qu'elle en gardait un souvenir mitigé, mais expliquant ce ressenti en raison du fait que l'examen physique qu'elle avait subi de la part du rhumatologue était particulièrement éprouvant par rapport aux gestes et mouvements qu'il essayait de tester ; cette remarque trouve d'ailleurs directement un écho, dans le rapport des examinateurs qui observent: « L'assurée a une appréhension extrêmement marquée lors des mouvements de rotation au niveau de sa hanche ou de son genou droits. Pas de blocage méniscal; elle ressent la manœuvre comme désagréable (en utilisant ses termes) ». Aucun indice ne laisse poindre le moindre doute au sujet de l'impartialité de ces examinateurs dans leur appréciation (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Quant au médecin traitant, il n'a de son côté jamais formalisé la moindre critique à l'égard de ses confrères, les éléments médicaux qu'il a mis en évidence dans son courrier du 19 février 2017 ayant tous dûment été pris en compte par les experts : ainsi en va-t-il des gonalgies droites inconstantes évoquées notamment à l'occasion du status ostéoarticulaire (p.8), lors de l'examen du dossier radiologique, et lors de la discussion consensuelle du cas (p. 11), ou encore dans les diagnostics retenus, en l'espèce sans répercussion sur la capacité de travail, s/p au ménissectomie externe droite et chondropathie débutante du compartiment externe (p.10) ; lombalgies et dorsolombalgies : il s'agit en effet du diagnostic principal avec répercussion sur la CT retenu par les examinateurs, aspect qui a fait l'objet d'un examen très attentif (status ostéoarticulaire, examen du dossier radiologique et appréciation consensuelle du cas) ; quant aux douleurs répétées de l'épaule droite, les examinateurs y ont également consacré des développements importants, constatant notamment à l'examen que l'épaule droite ne montrait plus de tendinopathie spécifique, l'assurée ayant retrouvé une mobilité complète ; le testing de la coiffe des rotateurs était bien tenu, il n'y avait pas de signes de conflit sous acromial, la gestuelle était normale, les experts ne retenant pas de limitations fonctionnelles (actuelles) à ce niveau; en effet, les examinateurs ont retenu des limitations fonctionnelles en lien avec la tendinopathie de cette épaule, mais pour une période limitée dans le temps (octobre 2014 à fin mai 2015 – p.13), et en outre mentionné cet aspect dans les diagnostics sans répercussion sur la CT (antécédents de tendinopathie du supra-épineux D, page 10); quant aux effets psychiques relevés par le médecin traitant, de par la durée des troubles des

douleurs usantes moralement, ..., les examinateurs en ont également tenu compte, retenant le diagnostic sans répercussion sur la CT de trouble anxieux et dépressif mixte ; l'examineur psychiatre a notamment pris en compte l'avis du médecin traitant exprimé en cours d'instruction de la demande (page 12), dans le cadre d'un examen psychiatrique détaillé aboutissant de façon convaincante aux diagnostics finalement retenus. Enfin, au sujet du rapport de l'IRM lombaire pratiquée le 28 mars 2017, et communiquée par le médecin traitant à l'OAI, dans les jours qui ont précédé la décision entreprise, il s'agissait certes d'un document nouveau, dont les examinateurs n'ont pas eu connaissance pour des raisons évidentes: en revanche ils avaient à disposition l'examen précédent, de comparaison, du 28 avril 2014, dont ils avaient dûment tenu compte. Or, la comparaison qui a été faite le 28 mars 2017 avec cet examen antérieur montre qu'en définitive, même si le radiologue ajoute au diagnostic de discarthrose L4-L5 le qualificatif de « sévère », il n'empêche qu'il conclut tout de même que la hernie discale en cause est sans évolution, ce qui permet globalement de considérer que cette affection est plutôt stationnaire et n'a guère évolué. Du reste le SMR, dans son avis du 10 avril 2015, avait déjà qualifié la discarthrose de « sévère ». Le SMR s'est tout de même prononcé au sujet du dernier rapport radiologique, dans un avis complémentaire, en cours de procédure (avis SMR du 3 octobre 2017). Ceci dit, l'extrait de la littérature médicale produit par la recourante, tout droit tiré d'Internet (consultable à l'adresse: <http://www.rhumatologie.asso.fr/05-bibliotheque/publications/revue76/76-1-beaudreuil.pdf>) ne lui est d'aucun secours pour démontrer que son état de santé se serait encore aggravé avant que ne soit rendue la décision entreprise: en effet, cette référence n'est soutenue par aucun avis médical versé au dossier, d'une part, mais d'autre part, dans le cas d'espèce, selon le rapport d'imagerie du 28 mars 2017, l'évocation d'une discopathie de type Modic I apparaît, après suppression de la graisse par l'injection de gadolinium, de façon très modérée, dès lors que le radiologue mentionne l'apparition d'un « discret » œdème (caractéristiques du Modic 1). Or, comme dans l'examen précédent, les infiltrations lipidiques étaient toujours présentes, traduisant déjà, dans le rapport du 28 avril 2014, une discopathie de type Modic 2 (qui est la phase suivant le stade Modic 1). Ainsi, le rapport d'examen bidisciplinaire de mai 2016 doit-il se voir reconnaître une pleine valeur probante, et il conservait toute son actualité, et partant ses conclusions, au moment où la décision litigieuse a été rendue. 15. Dans un second grief, la recourante remet en cause le taux d'invalidité retenu par l'intimé. Elle conteste tout d'abord le statut mixte (80% / 20%): elle reproche à l'intimé d'avoir retenu ce statut mixte, en fonction des prétendus desiderata de l'assurée de travailler à un taux de 80 %, comme elle l'a elle-même énoncé à l'enquêtrice dans le cadre de l'enquête ménagère: elle indique se souvenir d'avoir discuté de manière générale des questions du taux d'activité envisageable, mais avoir exposé que son espoir, à terme, était de retrouver si possible une activité professionnelle à 70 voire 80 % au travers d'une reconversion professionnelle. Elle n'a à aucun moment compris que l'enquêtrice lui demandait ce qu'elle ferait dans une situation hypothétique où elle serait en parfaite santé. En l'espèce la chambre de céans considère que le rapport d'enquête ménagère réunit toutes les conditions posées par la jurisprudence rappelée précédemment, pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Ce rapport tient compte des indications de l'assurée dont aucun indice ne permet de supposer que cette dernière ait fait valoir des opinions divergentes en cours d'examen; la recourante ne le prétend du reste pas, en tant que tel, en procédure de recours. Le texte du rapport est plausible, motivé et

rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, et correspond aux indications relevées sur place. De fait, la recourante ne remet en cause que le seul et unique point du rapport qui retient que sans atteinte à la santé, elle travaillerait à un taux de 80 %. Or, aucun indice sérieux susceptible de susciter un doute quant à l'objectivité de l'enquêtrice n'a été mis en évidence. La recourante dit se souvenir d'avoir discuté des questions du taux d'activité envisageable, indiquant elle-même avoir indiqué à l'enquêtrice qu'à terme, son espoir était de retrouver une activité professionnelle à 70 ou 80 %, au travers d'une reconversion professionnelle. Reconversion professionnelle ou non, on voit mal en quoi les conclusions que l'enquêtrice a tirées de la discussion avec la recourante - à supposer qu'elle se soit développée selon les souvenirs de l'assurée - seraient contestables ou sujettes à caution. Quoi qu'il en soit et pour les autres motifs qui vont suivre, il n'est pas nécessaire de procéder à une confrontation de l'assurée et de l'enquêtrice, car cela ne changerait rien à la conclusion à laquelle la chambre de céans parvient. En effet, d'une part l'enquêtrice a retenu la fourchette haute de la propre évaluation de la recourante, admettant d'ailleurs précédemment que, sur le principe, sans atteinte à la santé, la recourante exercerait une activité lucrative, pour des raisons financières; mais d'autre part, dès lors que sa CT avait été reconnue pleine et entière dans une activité adaptée, on ne voit pas pourquoi, si c'était véritablement son intention, la recourante n'aurait pas déclaré souhaiter travailler à 100 %, à terme après une reconversion professionnelle, dans une telle activité adaptée. Du reste, lors de l'audience de comparution personnelle, lorsque la chambre de céans évoquant les conclusions du médecin traitant lui reconnaissant dès le 1^{er} juillet 2017 une pleine capacité de travail, après une diminution passagère due à son genou gauche au printemps 2017, elle a bien précisé que cette amélioration de sa capacité de travail (à 100%) s'entendait bien par rapport à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles qui ont été admises. Elle fait valoir d'autre part qu'en 2008 elle était encore capable de travailler chez H_____ (tea-room) à 100%, mais allègue que c'était déjà en raison de ses limitations fonctionnelles et de ses douleurs lombaires, qui seraient apparues ou se seraient significativement renforcées à cette époque, qu'elle n'a pas pu assumer un travail à 100% chez son dernier employeur à la cafétéria de l'EMS D_____ de 2009 à 2012. Or, contrairement à ce qu'elle indique, il ressort du rapport d'examen clinique du SMR de mai 2016 (page 4, sur les renseignements anamnestiques professionnels) que l'assurée avait été licenciée de chez H_____ en septembre 2008, car elle n'arrivait plus à concilier ses horaires de travail et ceux de la famille. Elle mentionnait également une surcharge de travail (qui n'implique pas une atteinte à la santé d'autant qu'elle ne l'a pas prétendu, pour cette période). Quant aux problèmes de santé qu'elle allègue, à l'époque de son emploi à l'EMS, elle a été engagée d'abord à 60 %, puis à 50 %, dès le 1^{er} octobre 2010; mais cette réduction du taux de travail coïncide très vraisemblablement avec le début de sa formation de gestionnaire en intendance. Les problèmes de santé qu'elle a rencontrés et qui ont motivé sa première demande de prestations auprès de l'assurance-invalidité étaient d'ordre psychique, et ont débuté en avril 2011 seulement. Certes en 2010 elle avait subi une intervention au genou (ménisectomie), n'ayant toutefois pas entraîné une incapacité de travail durable, cet aspect n'ayant au demeurant pas été mis en avant dans le cadre de sa première demande de prestations d'invalidité. Du reste, dans le cadre de cette première demande, le statut qui avait été retenu était un statut mixte (50 %/50 %). Dans le même ordre d'idées, elle semble voir des contradictions dans le rapport d'examen bidisciplinaire de mai 2016 : elle remarque d'une part que les experts semblent retenir que l'arrêt de travail initial d'avril 2011 était en relation avec une atteinte psychique (page 13) alors que par

ailleurs, l'expertise évoquerait, (p.5 et p.10), une diminution de l'activité d'employée polyvalente en raison de lombalgies et d'une opération (méniscale ?) survenue en 2010. Contrairement à ce que prétend la recourante, la lecture du rapport d'examen de mai 2016, et le rapprochement des passages signalés par la recourante (p.5, p. 10 et p.13 notamment) ne souffre d'aucune ambiguïté : l'incapacité de travail durable depuis le 8 avril 2011 (p.10 antépénultième §) est en effet en relation avec une atteinte psychique (p.13 §3 - ce qui ressort d'ailleurs expressément de la première demande de prestations AI de l'assurée (notamment Doc 3 p. 3 dossier OAI); en page 5 et page 10 du rapport d'examen de mai 2016, les paragraphes concernés étant pratiquement identiques, il est mentionné que « l'assurée s'estime incapable de reprendre l'activité professionnelle décrite d'employée en EMS à cause de son dos. Elle a des douleurs depuis 2012, en augmentation progressive ». Ainsi son interprétation du rapport en tant qu'elle y voit des contradictions est erronée: lorsqu'elle s'estime incapable de reprendre une activité dans un EMS, c'est bien en mai 2016, au moment de l'examen, et non pas dans le passé, notamment au moment de son incapacité de travail d'avril 2011. Ainsi son argument pour tenter de justifier que sans atteinte à la santé elle aurait travaillé à 100 % tombe à faux. Il résulte de ce qui précède que le statut mixte (80% / 20%) retenu par l'intimé n'est pas critiquable: il résulte non seulement des premières déclarations de l'assurée - auxquelles il convient en général d'accorder la préférence, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; 115 V 143 consid. 8c) -, mais également des autres éléments du dossier. Ce grief doit également être rejeté. Cela étant, compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1er janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1er décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1er décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1er décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27bis, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2). b. Elle conteste ensuite le calcul du revenu sans invalidité. Elle reproche en effet à l'intimé de ne pas avoir pris en compte, dans le cadre de l'évaluation des gains professionnels sans invalidité, le CFC de gestionnaire d'intendance qu'elle a obtenu en 2013, ce qui aurait déterminé des revenus bien supérieurs aux CHF 45'367.- retenus dans la décision entreprise. Elle précise encore que cette activité de gestionnaire en intendance impliquant une position debout prolongée, avec une activité physique en quasi-permanence, n'est malheureusement plus possible aujourd'hui, pour elle. Conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus précise, et doit en principe prendre en compte le dernier revenu réalisé par l'assuré avant l'atteinte à la santé, ce qui a bien été le cas dans la détermination par l'intimé

du revenu sans invalidité. Il est toutefois établi que l'intéressée n'a jamais exercé une activité relevant de ses compétences acquises par l'obtention de ce CFC, de sorte que la prise en compte d'un salaire tenant compte de ses compétences ne pourrait être que théorique. À cela s'ajoute, comme elle le précise, qu'aujourd'hui elle ne pourrait plus mettre à profit ce diplôme, en raison des contraintes physiques incompatibles selon elle avec les limitations fonctionnelles qui ont été admises. La chambre de céans estime toutefois que la question de la prise en compte de cet élément dans la détermination du taux d'invalidité peut rester ouverte. En bonne logique, si l'on devait admettre une telle prise en compte, elle ne modifierait, au degré de la vraisemblance prépondérante, pas sensiblement ce taux, au point d'avoir une incidence sur son droit à des prestations et à la rente en particulier, d'autant qu'a priori cet élément devrait encore être pris en compte dans la détermination du revenu avec invalidité. Il résulte ainsi de ce qui précède que la contestation du taux d'invalidité par la recourante doit être rejetée. 16. Enfin la recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir mise au bénéfice de mesures professionnelles. a. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; ATF 117 V 278 consid. 2b et 400 consid. 4b, ainsi que les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPG). b. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). En vertu 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. 1^{er}). 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 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). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit : a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. c. Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations

entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4^{ème} et de la 5^{ème} révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C_416/2009 du 1^{er} mars 2010 consid. 5.2). 17. En l'espèce, la recourante pourrait exercer à 100% une activité simple et légère. Le revenu d'invalidité a été établi sur la base du salaire médian de l'ESS qui, selon la jurisprudence, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière. Elle a elle-même indiqué en comparution personnelle prétendre pouvoir exercer une activité faisant appel à ses compétences intellectuelles, illustrées par les résultats qu'elle avait obtenus à son CFC. Elle affirme qu'elle serait à même d'exercer dans le domaine du secrétariat, de la réception ou encore comme surveillante. Elle ne démontre toutefois pas avoir entrepris la moindre démarche pour rechercher par elle-même une activité dans ces domaines, ce qui au vu de la jurisprudence rappelée précédemment est exigible, et ne requerrait a priori aucun préalable en termes de formation complémentaire. Du reste d'une façon générale la surveillance fait partie des activités simples et répétitives que l'intéressée est capable d'exercer à 100 % en respectant ses limitations fonctionnelles, de sorte qu'une mesure d'observation professionnelle ou une mesure professionnelle d'une autre nature, qui aurait pour but de lui permettre d'acquérir des compétences supplémentaires, ne correspondraient pas au but de la réadaptation et ne saurait dès lors être pris en charge par l'assurance-invalidité. Par conséquent, la recourante est en mesure de trouver sur le marché du travail des activités qui sont compatibles avec les limitations fonctionnelles qui lui ont été reconnues, et qui n'impliquent pas de formation, de sorte qu'une mesure de reclassement n'est pas nécessaire. De plus, au vu des rapports médicaux à disposition, son atteinte à la santé ne l'entrave pas dans la recherche d'un emploi, de sorte qu'elle ne remplit pas davantage les conditions d'octroi d'une mesure de placement. Ce grief est dès lors lui aussi mal fondé. 18. Enfin, s'agissant des documents médicaux adressés récemment par l'OAI à la chambre de céans, pour information, concernant en particulier le genou gauche, ils n'ont pas été pris en considération dans le cadre du présent litige, car les atteintes dont il est question sont manifestement postérieures à la décision entreprise. 19. Au vu de ce qui précède, en tous points mal fondés le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émoulement, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoulements et indemnités en procédure 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.