

GE_GERICHTE A/2448/2013 vom 12. März 2014

GE Cour de justice, 2014-03-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2448_2013

FR: GE_GERICHTE A/2448/2013 du 12 mars 2014

IT: GE_GERICHTE A/2448/2013 del 12 marzo 2014

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame B _____, domiciliée à VESENAZ, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian CANELA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame B _____ (ci-après : l'intéressée ou la recourante), née en 1960, mariée, originaire du Kosovo, a été naturalisée suisse en 2007. L'intéressée a effectué sa scolarité obligatoire dans son pays sans acquérir de formation professionnelle ni diplôme. Arrivée en Suisse en 1991, elle a exercé divers emplois à temps partiel dans les nettoyages. De décembre 2002 à décembre 2003, l'intéressée – placée par l'Office cantonal de l'emploi – a travaillé comme employée de nettoyage chez X _____ Genève à plein temps. Elle a ensuite exercé une activité lucrative à temps partiel pour la société Y _____ (SUISSE) SA entre 2006 et 2010. L'intéressée est en arrêt de travail à 100 % depuis le 12 août 2010. Son contrat de travail a pris fin le 31 janvier 2011 à l'échéance du délai de protection. Elle est actuellement prise en charge par l'Hospice général. Le 5 janvier 2011, l'intéressée a déposé une demande de rente auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une hernie discale dont elle souffre depuis le mois d'août 2010 et de varices qu'elle a depuis 20 ans. Le 23 janvier 2011, le Dr L _____, FMH en médecine générale, médecin traitant de l'intéressée depuis le 11 août 2010, a rempli – sur demande de l'OAI – un formulaire intitulé « Rapport médical pour l'examen du droit d'une personne assurée adulte à des mesures pour une réadaptation professionnelle ». Il y indique que sa patiente souffre d'une hernie discale L4-L5 médio-latérale gauche depuis l'été 2010, générant des lombalgies et lombosciatalgies impactant sa capacité de travail. Il ajoute que sa patiente souffre d'hypertension artérielle et a subi un IVC, ces deux derniers diagnostics étant sans impact sur la capacité de travail de sa patiente. Selon lui, la patiente est totalement incapable de travailler dans son activité habituelle d'employée dans une société de nettoyages depuis le 12 août 2010, en raison des importantes lombalgies et de l'impossibilité de se mobiliser activement avec la région lombaire et de la nette diminution du périmètre de marche. En annexe à ce formulaire, le médecin traitant indique notamment que sa patiente présente une marche légèrement améliorée suite aux traitements, mais qu'une « certaine boiterie antalgique et une nette limitation du périmètre de marche en raison de lombo-sciatalgies » persistent. Des douleurs de 6-7 sur une échelle de 10 sont constantes, malgré l'absence de clair déficit neurologique, mais la patiente refuse de prendre des opiacés, appréhendant les effets secondaires des médicaments. De nombreux rapports médicaux et courriers de ses confrères faisant état des antécédents médicaux de l'intéressée sont également joints à son envoi, parmi lesquels : - Un courrier du Dr M _____, spécialiste FMH en médecine interne-angiologie, au Dr N _____ daté

du 8 mai 2007, dont il ressort que la patiente l'a consulté pour un bilan veineux. Il y fait état d'une importante récurrence variqueuse bilatérale avec des varices de fort calibre ;![endif]>![if> - un bilan radiologique des Drs O _____ et P _____ du 5 décembre 2008 au terme duquel aucune lésion n'a été observée ;![endif]>![if> - un rapport de la Dresse Q _____ daté du 9 juillet 2009, qui indique avoir été consultée par la patiente pour des douleurs sous les avant-pieds avec décharges électriques dans les orteils II, III et IV lorsqu'elle marche. La doctoresse indique rencontrer des difficultés à poser un diagnostic, la patiente ressentant des douleurs à n'importe quelle palpation. Elle précise en outre n'avoir pas réussi à déclencher de nette douleur au Squiz test mais déclare avoir trouvé une bursite pré-métatarsienne à gauche, qui pourrait expliquer les symptômes ;![endif]>![if> - un rapport d'hématologie de e-lab.ch daté du 18 mars 2010 ;![endif]>![if> - un bilan radiologique des Drs O _____ et P _____ du 24 août 2010 qui confirment l'absence de lésion ;![endif]>![if> - un courrier daté du 31 août 2010 que lui a adressé le Dr R _____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie. Il y indique que la patiente présente une relativement importante et diffuse récurrence variqueuse pour laquelle il ne recommande toutefois pas d'intervention chirurgicale. Selon lui, la récurrence n'explique ni les douleurs au pied ni celles à la jambe ou à la cuisse. Il ajoute qu'un diagnostic différentiel pourrait établir un névrome de Morton et/ou un conflit radiculaire ; ![endif]>![if> - un rapport médical du Dr S _____ daté du 2 septembre 2010 indique qu'un IRM du rachis lombaire effectué le 2 septembre 2010 a révélé une hernie discale postéro-latérale gauche en L4-L5, responsable d'un conflit radiculaire unilatéral en L5 ;![endif]>![if> - un courrier du 8 octobre 2010 du Dr T _____, médecin chef du service de neurochirurgie des HUG, dans lequel il est indiqué que malgré l'absence de déficit neurologique à part une très légère faiblesse de l'élévateur du pied gauche, il a proposé un traitement chirurgical à la patiente mais que celle-ci lui a répondu, anxieuse, qu'elle devait y réfléchir.![endif]>![if> 5. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 19 juin 2011, le Dr L _____ a confirmé ses diagnostics précédents et indiqué que l'état de santé de sa patiente était en évolution, puis qu'il s'était aggravé depuis un mois, celle-ci se plaignant désormais de douleurs nettes aux épaules avec limitation fonctionnelle (avec une impossibilité de se peigner). Il a rapporté une compliance optimale et retenu une bonne concordance entre les plaintes et son examen clinique. Le pronostic était incertain, surtout du fait que la patiente « ne veut pas actuellement recourir à la chirurgie pour ses problèmes de dos ».![endif]>![if> 6. Par rapport du 17 septembre 2011, le Dr L _____ a indiqué que la situation de l'intéressée était restée inchangée depuis le 19 juin 2011, hormis une nette amélioration de douleurs qu'elle avait au niveau de la ceinture scapulaire. Son pronostic restait toutefois réservé et dépendait de l'évolution et de l'opérabilité, étant précisé que la patiente restait opposée à toute intervention chirurgicale. Il a affirmé que l'activité d'aide de ménage qu'exerçait précédemment sa patiente était à exclure, et a indiqué qu'on ne pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle, respectivement à une amélioration de la capacité de travail. A la question de savoir si la patiente pouvait soulever ou porter des charges, le médecin traitant a apposé un point d'interrogation.![endif]>![if> En annexe à ce formulaire, le médecin a joint un rapport d'hématologie daté du 11 août 2011 du laboratoire e-lab.ch.

7. Dans un avis médical du 4 octobre 2011, la Dresse U _____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a estimé que la profession que l'intéressée exerçait précédemment n'était plus exigible, mais a considéré qu'une activité adaptée pourrait être exercée à terme à taux plein. Elle a recommandé à l'OAI de demander au

médecin traitant d'indiquer dans quelle activité adaptée de type sédentaire l'assurée pourrait travailler 2h par jour.![endif]>![if> 8. Dans son rapport du 12 octobre 2011 à l'OAI, le Dr L_____ a fait état de la persistance des limitations affectant sa patiente, causées par ses lombo-sciatalgies. Il a précisé qu'il lui semblait que sa patiente prenait un traitement antalgique majeur de Targin, sans obtenir de résultat probant. Il a en outre indiqué que sa patiente suivait des séances d'acupuncture, sans toutefois depuis assez longtemps pour que des conclusions puissent être tirées de ce nouveau traitement. De plus, il a rapporté des douleurs et des limitations intenses de la ceinture scapulaire, « sans réel argument pour une atteinte de type polymyalgia », et a rappelé l'IVC marquée et symptomatique et son hypertension artérielle pour lesquels elle était toujours suivie. Pour ces motifs, il a estimé qu'une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée se justifiait.![endif]>![if> 9. Le 5 novembre 2011, le Dr V_____, médecin du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR) a relevé que la situation médicale de l'intéressée était en évolution et qu'il convenait d'attendre qu'elle se stabilise.![endif]>![if> 10. Le 22 novembre 2011, l'OAI a procédé à une enquête économique sur le ménage. L'enquêtrice a relevé que l'assurée aurait aimé travailler à un taux plus élevé – principalement pour des motifs financiers – mais que ce désir n'a jamais pu être comblé, faute d'opportunités. L'assurée a indiqué avoir travaillé à 100% comme nettoyeuse chez X_____, mais n'avoir pas pu y rester à la fin de son placement. Elle a ensuite affirmé avoir travaillé pour la société Y_____ (Suisse) SA entre 2003 et 2010. L'intéressée bénéficiait d'aides de l'Hospice général depuis juin 2011. Son fils et sa belle-fille l'entretenaient, ainsi que son mari, ce dernier étant dans l'attente d'une décision suite à une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Cela étant, sa belle-fille ne supportant plus la cohabitation avec ses beaux-parents, une procédure de séparation aurait été engagée.![endif]>![if> L'enquêtrice a indiqué que l'assurée ne faisait « strictement plus rien actuellement, à part s'occuper d'elle péniblement », son fils et sa belle-fille se chargeant de tout. Les empêchements retenus dans la sphère ménagère ont été évalués à 30 %, en comptant une exigibilité d'environ 30% pour les membres de sa famille partageant son foyer (fils, belle-fille et époux « éventuellement »). 11. Le Dr L_____ a indiqué dans un rapport médical intermédiaire du 11 décembre 2011 que l'état de santé de la patiente s'était aggravé, avec une évolution défavorable, en particulier depuis le 20 septembre 2011, en raison de ses douleurs aux épaules et d'un état dépressif réactionnel ne nécessitant pas de prise en charge psychiatrique. Il a mentionné notamment une épaule gauche gelée versus Südeck. Il a conclu en excluant tout retour au travail ultérieur, que ce soit dans le même métier ou dans un autre. Il a notamment joint à son rapport :![endif]>![if> - un rapport du Dr S_____ de l'Institut de radiologie de la Clinique des Grangettes indiquant que l'intéressée a fait l'objet d'un examen le 28 octobre 2011 en raison d'une toux chronique et que « l'image cardio-pulmonaire [était] dans la norme pour l'âge de la patiente, hormis un discret épaississement péri-bronchique bilatéral aspécifique » ;![endif]>![if> - un courrier de la Dresse W_____, spécialiste FMH en médecine interne – maladies rhumatismales, qui a examiné l'intéressée les 7 et 16 novembre 2011 afin de cerner la cause des douleurs aux épaules. Il en est ressorti un discret syndrome inflammatoire pour lequel la doctoresse n'a trouvé aucun argument permettant de conclure à une éventuelle polymyalgie. Elle indique enfin que des radiographies ont révélé un éperon sous-acromial avec présence d'une déchirure partielle du sus-épineux et une bursite sous-acromiale du côté droit, ainsi qu'une bursite sous-acromiale du côté gauche et souligne que paradoxalement, la limitation fonctionnelle est plus importante du côté gauche. ![endif]>![if> 12. Suite à ce rapport

médical, l'OAI a requis du Dr L_____ des informations complémentaires sur les atteintes psychiatriques affectant sa patiente, sur le traitement médicamenteux et le suivi dont elle bénéficiait, ainsi que sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. A la même date, des précisions ont également été demandées à la Dresse W_____, concernant l'impact des séances de physiothérapie sur les douleurs de la patiente, sur le pronostic, les limitations fonctionnelles, ainsi que sur la capacité de travail.![endif]>![if>

13. Le 22 janvier 2012, le Dr L_____ a répondu que sa patiente présentait des signes de la lignée dépressive avec tristesse, découragement, troubles du sommeil, tous en lien avec ses problèmes médicaux et ses soucis familiaux. Il précise qu'il s'agit d'une dysthymie réactionnelle « tout à fait compréhensive vu le vécu actuel ». Ces problèmes psychiatriques ne sont d'après lui - à priori - pas incapacitants. Il a ajouté que le traitement médicamenteux et le suivi étaient optimaux, mais que la reprise d'une activité professionnelle était illusoire, et qu'à moyen-terme une activité adaptée à ses limitations et douleurs résiduelles pourrait être examinée. Il a relevé que sa patiente ne souhaitait toujours pas subir d'intervention chirurgicale.![endif]>![if>

14. Par courrier du 23 janvier 2012, la Dresse W_____ a expliqué qu'elle n'avait pas revu la patiente récemment mais que l'évolution était généralement favorable pour le diagnostic qu'elle avait posé. Elle a indiqué que les limitations fonctionnelles se manifestaient « en rotation interne » (« la patiente arrivait à se toucher la hanche avec difficulté »), mais aussi à l'élévation antérieure et à l'abduction. Concernant les épaules, vu les douleurs et le handicap, elle a évalué l'incapacité de travail à 100%.![endif]>![if>

15. Dans un avis médical du 10 février 2012, le SMR, sous la plume du Dr. A_____, a estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle et le restera dans son activité habituelle, mais qu'elle était pleine dans une activité adaptée. Afin de délimiter les droits de l'intéressée, il a indiqué que le médecin-traitant de l'assurée devait argumenter les raisons cliniques fondant une limitation de sa capacité de travail dans une activité adaptée.![endif]>![if>

16. Par courrier du 11 mars 2012, le médecin-traitant a indiqué qu'il n'était pas possible pour le moment de connaître la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée en raison de la problématique douloureuse plurifocale. Il a en outre indiqué que la patiente serait prochainement hospitalisée à la clinique de Beau-Séjour des HUG, service de rhumatologie, afin de mieux évaluer la situation et d'effectuer les bilans utiles.![endif]>![if>

17. Dans un courrier du 26 février 2012 au service de rhumatologie de la clinique de Beau-Séjour, le Dr L_____ indique que l'épaule droite est douloureuse à la mobilisation, « bien que l'amplitude des mouvements reste assez bonne » et que l'épaule gauche relève une abduction maximale à 23 degrés avec des difficultés à l'élévation et à la rétropulsion. S'agissant des lombalgies, il rapporte des irradiations sur le territoire L4-L5 gauche avec un trouble de la sensibilité superficielle et discriminative sur la face latérale externe de la jambe gauche, la patiente décrivant des crampes nocturnes importantes du pied gauche. Il rapporte également une toux irritative durable qui ne répond pas aux traitements classiques et de l'« hyperréactivité bronchite ».![endif]>![if>

18. Un rapport du service de radiologie des HUG rapporte qu'un examen du 14 mars 2012 a révélé :![endif]>![if> - suite à une radiographie de face rotations externe et interne des épaules droit et gauche : des signes de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite sous forme d'une diminution de l'espace sous-acromial en rapport avec un enthésophyte du bord inférieur de l'acromion ;![endif]>![if> - suite à une radiographie de la colonne lombaire de face et de profil, ainsi que le cliché du bassin de face : rien de particulier hormis une discrète ostéophytose antérieure au niveau L4.![endif]>![if>

19. Dans un avis médical du 26 juin

2012, le SMR a estimé que le taux d'empêchements retenus à hauteur de 29,5% suite à l'enquête ménagère du 24 novembre 2011 lui semblait exagéré au vu des limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée était supérieure à ce qu'elle déclarait. En l'absence d'une réponse précise du médecin-traitant, un examen rhumatologique et psychiatrique s'imposait.!

20. Dans un courriel du 2 octobre 2012 au médecin-traitant de l'intéressée, le Dr F_____, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué n'avoir pas pu diagnostiquer de syndrome du canal carpien à l'issue d'un examen d'électro-neuro-myographie. Il a estimé qu'une composante neurogène apparaissait négligeable pour les membres supérieurs et que les douleurs présentées par la patiente étaient « probablement favorisées par un abaissement du seuil douloureux de type fibromyalgie ».!

21. Un examen clinique de l'intéressée a eu lieu le 15 octobre 2012 auprès du SMR par le Dr G_____, médecin FMH en médecine interne et rhumatologie et expert médical SIM, et la Dresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et expert médical SIM. Dans leur rapport, les médecins ont relevé d'importantes résistances volontaires et l'attitude très démonstrative avec laquelle l'intéressée a manifesté sa douleur durant les tests. Ils ont posé les diagnostics suivants, avec impact sur la capacité de travail :!

- lombosciatalgies bilatérales à prédominance gauche dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 gauche et canal lombaire étroit ;!
- périarthrite scapulo-humérale bilatérale avec rupture partielle du sus-épineux ;!
- insuffisance veineuse dans le cadre d'un status variqueux et d'un status après deux opérations de varices.!

S'agissant des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, une fibromyalgie, une obésité avec IMC à 34 et une hypertension artérielle traitée ont été retenus. Les médecins du SMR ont estimé que les limitations fonctionnelles ne permettaient pas à l'intéressée de poursuivre son activité de nettoyeuse, sa capacité de travail étant nulle dans la même occupation, mais ont considéré qu'aucune raison biomécanique ne permettait d'attester une incapacité de travail supérieure à 20% dans une activité strictement adaptée, ce depuis le 12 août 2010. Enfin, aucune pathologie psychiatrique incapacitante n'a été retenue au terme de l'examen clinique psychiatrique.

22. Suite à cet examen clinique, le Dr A_____ du SMR a relevé en date du 1^{er} novembre 2012 les limitations fonctionnelles à prendre en compte dans le cadre d'une recherche d'activité professionnelle pour l'intéressée : « [Concernant le] rachis : nécessité de pouvoir alterner 2 fois pas heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges de plus de 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations. [Concernant les] membres inférieurs : pas de position debout ou de marche de plus de 30 min. ». Du point de vue psychiatrique, il a indiqué que le diagnostic d'état dépressif réactionnel retenu par le médecin-traitant était en rémission complète et sans incidence sur la capacité de travail. Dans un rapport daté du 22 novembre 2012, le Dr A_____, a estimé que l'examen 15 octobre 2012 était convaincant et qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter des conclusions des deux médecins examinateurs.!

23. Le 12 mars 2013, un projet de décision de refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité a été adressé à l'intéressée. L'OAI a retenu l'avis de son service médical selon lequel l'assurée était à même d'exercer une activité adaptée à 80%, qui ne nécessitait pas de formation complémentaire et respectait ses limitations fonctionnelles. A l'examen de la différence de revenus avec et sans invalidité, la perte de gain liée à l'invalidité était de 28 %, de sorte qu'aucune rente ou mesures professionnelles ne se justifiaient.!

24. Par courrier du 19 mars 2013,

l'intéressée a contesté ledit projet, relevant que l'OAI s'était basé sur un examen de janvier 2012, sans avoir pris en compte l'aggravation de son état de santé depuis. Elle a indiqué que des consultations étaient prévues jusqu'au 11 avril 2013 et qu'elle se tiendrait à la disposition de l'OAI à partir de cette date pour l'informer des derniers développements.!

25. Par décision du 28 juin 2013, l'OAI a rejeté la demande de rente et de mesures de réadaptation, motif pris que le degré d'invalidité de 28 % ne donnait pas droit à une rente et que l'intéressée était à même d'exercer une activité adaptée à 80 %, laquelle ne nécessite pas de formation particulière. Pour le surplus, aucun nouvel élément ne lui avait permis de revoir sa position.!

26. Par acte daté du 26 juillet 2013, l'intéressée interjette recours. Elle invoque une aggravation de son état de santé depuis le dernier rapport médical sur lequel s'est fondé l'intimé, datant d'après elle de janvier 2012. Elle reproche en outre à l'intimé d'avoir pris sa décision sans l'avoir rencontrée, alors que son « handicap est en grande partie dû à ses varices qui sont très visibles ». Elle affirme ne pouvoir travailler ni debout, ni assise, ni couchée et qu'elle n'a aucune formation lui permettant de travailler « juste avec sa voix ». Elle serait cependant prête à exercer un emploi qui lui permettrait « à tout moment de se tordre de douleur jusqu'à en pleurer » ou à « travailler parfois avec une seule main ». Elle indique enfin qu'il faudrait également que ce travail lui permette « de s'absenter à tout moment pour partir dormir » en raison de sa fatigue due à son sommeil peu récupérateur.!

27. Dans sa réponse, l'intimé conclut au rejet du recours. Il se réfère au rapport d'examen du SMR du 24 octobre 2012 et relève que les médecins du SMR n'ont pas constaté l'aggravation de l'état de santé soulevée par l'assurée. Par conséquent, l'intimé persiste dans ses conclusions, retenant une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle et de 80% dans une activité adaptée. Il précise que les varices de l'assurée ont été retenues comme l'une des affections impactant la capacité de travail de la recourante, raison pour laquelle celle-ci a été évaluée à 0% dans l'activité habituelle. Pour le surplus, aucun élément ne lui permet d'apprécier différemment le cas.!

28. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger.!

29. Par courrier du 20 novembre 2013, Me Christian CANELA a informé la Cour de céans que la recourante l'avait mandaté pour la défense de ses intérêts, avec élection de domicile en son Etude, raison pour laquelle il sollicitait un délai au 31 décembre 2013 pour consulter les pièces de la cause et soumettre des observations complémentaires.!

30. Un délai au 20 décembre 2013 a été accordé au conseil de la recourante pour consulter les pièces du dossier, joindre toute pièce utile et faire part de ses observations.!

31. Le conseil de la recourante ne s'étant pas manifesté dans le délai imparti, la cause a été gardée à juger.!

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er 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).!

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. Interjeté dans les forme et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 LPGA). !

4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle. !

5. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits

survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5).!

En l'occurrence, il s'agit d'examiner le litige au regard des faits qui se sont produits jusqu'au jour où la décision querellée a été rendue, soit le 28 juin 2013. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1^{er} LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. !

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 275 consid. 4a). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; ATFA non publié du 19 avril 2002, I 554/01). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1^{er} LPGA). Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%. 6. a/aa) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).!

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). a/bb) La fibromyalgie est une affection rhumatismale reconnue par l'Organisation mondiale de la santé [OMS] (CIM-10: M79.0), caractérisée par une douleur généralisée et chronique du système ostéo-articulaire et s'accompagne généralement d'une constellation de perturbations essentiellement subjectives (tels que fatigue, troubles du sommeil, sentiment de détresse, céphalées, manifestations digestives et urinaires d'allure fonctionnelle). Comme la fibromyalgie ne peut guère, étant donné son étiologie incertaine, être rangée dans la catégorie des atteintes à

la santé psychiques ou psychosomatiques, ou encore dans celle des atteintes à la santé organiques, il se dégage une tendance générale parmi les auteurs d'admettre une combinaison de ces deux éléments, avec cependant une prépondérance des facteurs psychosomatiques. A ce jour, le Tribunal fédéral n'a cependant pas pris position sur cette controverse médicale (ATF 132 V 65 consid. 3.2 et 3.3). En ce qui concerne la question de l'appréciation de la capacité de travail d'une personne atteinte de fibromyalgie, il faut admettre que l'on se trouve dans une situation comparable à celle de l'assuré souffrant d'un trouble somatoforme douloureux. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des points communs. Tout d'abord, on peut constater que leurs manifestations cliniques sont pour l'essentiel similaires (plaintes douloureuses diffuses; voir pour la définition du trouble somatoforme douloureux CIM-10: F45.4). C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'est pas rare de voir certains médecins poser indistinctement l'un ou l'autre diagnostic ou assimiler la fibromyalgie au trouble somatoforme douloureux. Ensuite, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant expliquer l'origine des douleurs exprimées. Cela rend la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé. En particulier, un diagnostic de fibromyalgie ou de trouble somatoforme douloureux ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Certains auteurs déclarent du reste que la plupart des patients atteints de fibromyalgie ne se trouvent pas notablement limités dans leurs activités. Eu égard à ces caractéristiques communes et en l'état actuel des connaissances, il se justifie donc, sous l'angle juridique, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). Selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 354 consid. 2.2.3). Il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50). Pour les raisons qui viennent d'être exposées ci-dessus, il y a lieu de poser la même présomption en présence d'une fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (ATF 130 V 354 et ATF 131 V 50). Il est légitime d'admettre que ces circonstances sont également susceptibles de fonder exceptionnellement un pronostic défavorable dans les cas de fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.2). A cet égard, on retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Cependant, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et les références). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents et transposables au contexte de la fibromyalgie, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections

corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, comme dans les cas de troubles somatoformes douloureux, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (ATF 132 V 65 consid. 4.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 353 consid. 2.2.2 et 399 consid. 5.3.2). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient ici aussi d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie, d'autant plus que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. On peut réserver les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATF 132 V 65 consid. 4.2).

7. a) 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 LPG), 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 125 V 351 consid. 3). b) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). c) 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). d) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 8. En l'espèce, les diagnostics retenus par les différents médecins et les Drs G_____ et H_____, médecins SMR, concordent. Diffère en revanche, l'impact retenu de ceux-ci sur la capacité de travail de la recourante. Le médecin-traitant de l'intéressée considère que la capacité de travail est nulle, quelle que soit l'activité exercée, alors que les médecins du SMR, à l'issue de leur examen, ont estimé que la recourante était en mesure d'exercer une activité adaptée à un taux de 80%. Il convient dès lors d'examiner les rapports des médecins intervenants afin d'en déterminer la valeur probante. Le Dr L_____ a dans un premier temps affirmé avec constance que sa patiente était totalement incapable de travailler, quelle que soit l'activité exercée, mais n'a pas expliqué en quoi les affections de sa patiente ne permettaient pas un

travail à temps partiel. Pour justifier sa position, il a la plupart du temps invoqué les limitations et douleurs de sa patiente, sans donner plus de détails. Dans son rapport du 17 septembre 2011, le médecin-traitant de la recourante a ensuite mentionné une nette amélioration au niveau des douleurs ressenties par sa patiente, mais a néanmoins exclu toute amélioration de sa capacité de travail. Il a également relevé de nombreuses limitations fonctionnelles, sans se prononcer précisément sur certaines d'entre elles, et a indiqué que les capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient limitées en raison d'un problème de langue. Enfin, le 11 mars 2012, il a estimé qu'il n'était pas possible de connaître la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée, « tant la problématique douloureuse pluri-focale et complexe limite une réponse précise dans ce sens ». La Dresse W _____, qui suit la recourante uniquement pour le problème de l'épaule, indique en date du 23 janvier 2012 qu'elle n'a pas revu la patiente récemment, mais qu'au vu du diagnostic de déchirure du tendon du sus-épineux avec présence d'un éperon sous-acromial de l'épaule droite, l'évolution est généralement lentement favorable et le pronostic bon. Au vu des douleurs et du handicap fonctionnel, l'incapacité de travail est de 100% dans une activité adaptée. Les médecins du SMR de leur côté ont retenu sur le plan somatique, - au vu du status clinique et des examens radiologiques -, les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner 2 fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement ou de port régulier de charges supérieure à 5 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas d'exposition à des vibrations, pas d'élévation ou d'abduction des épaules à plus de 60°, pas de position debout ou de marche de plus d'une demi-heure. Au status psychiatrique, le Dresse H _____ n'a pas relevé de perte de l'élan vital, de diminution du plaisir, de ruminations, de sentiment de culpabilité, de dévalorisation ou de persécution, ni de symptômes de la lignée dépressive ou psychotique, ni d'anxiété généralisée. Elle n'a pas non plus objectivé de symptômes en faveur d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. En définitive, les médecins du SMR ont conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, en raison des troubles ostéo-articulaires, mais de 80% dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ce depuis le 12 août 2010. La Cour de céans constate que le rapport du SMR se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante, qu'il tient compte des plaintes rapportées par celle-ci et a été établi en pleine connaissance du dossier. Leurs conclusions sont sérieusement motivées et le rapport ne contient pas de contradictions, de sorte qu'il remplit tous les critères jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. L'appréciation contraire des médecins traitants ne permet pas de remettre en cause les conclusions du SMR quant à l'exigibilité dans une activité adaptée. Au vu de ce qui précède, il apparaît que c'est à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail de 80% dans une activité adaptée. 9. Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI. a) En premier lieu, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) doit être appliquée dans le cas présent. Pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour

admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faille que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 9C_435/2007, consid. 3.3; ATF 130 V 393, consid. 3.3 et les arrêts cités; ATF 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 ss consid. 3b et les références citées; VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b, 1996 p. 209 consid. 1c, et les références citées; ATF 9C_321/2009 du 22 juillet 2009, consid. 4.2; ATF 126 V 353 consid. 5b). 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 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Cette question relève d'une question de fait dans la mesure où il s'agit d'une appréciation concrète des circonstances et non de l'application des conséquences tirées exclusivement de l'expérience générale de la vie (ATF 133 V 504 consid. 3.2 p. 507 et les références).

b) Une fois le statut déterminé, il convient de procéder au calcul du degré d'invalidité. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, 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. (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). 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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1; ATF non publié du 19 avril 2002, I 554/01). 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires édité par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : ESS). 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 (ATF non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée

lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 10. En l'espèce, la Cour de céans constate que l'intimé – qui semble avoir considéré la recourante comme une ménagère mixte (active à 30%) tout au long de la procédure - a procédé au calcul du degré d'invalidité selon la méthode générale de comparaison des revenus, ce sans explication. Ce qui implique qu'il a finalement estimé que l'assurée aurait repris une activité lucrative à 100% si son état de santé le lui avait permis. Au vu de la jurisprudence susmentionnée, il apparaît avec une vraisemblance prépondérante que - malgré le fait qu'elle ait travaillé pour la société Y_____ (Suisse) SA à un taux de 27% (12 heures de travail hebdomadaires alors que les heures de travail hebdomadaires normales sont au nombre de 44) durant au moins quatre ans (variations entre les déclarations de la recourante – enquête sur le ménage - et celles de son employeur) pour un salaire annuel moyen d'environ 11'500 fr. (moyenne des années 2008, 2009 et 2010) -, la recourante aurait exercé une activité professionnelle à taux plein si elle en avait eu l'occasion. Le travail à plein temps exercé au sein de X_____ en 2002 et 2003, la situation économique précaire du couple et l'impact négatif de cette situation sur l'équilibre de la famille renforcent en effet cette hypothèse. Dès lors, l'intimé était fondé à calculer le degré d'invalidité de la recourante selon la méthode générale de comparaison des revenus. En l'absence d'une reprise d'activité, c'est à bon droit que l'intimé a fixé le revenu avec et sans invalidité en se référant aux salaires statistiques, plus particulièrement au tableau TA1 de l'ESS. Le moment déterminant pour procéder à la comparaison des gains est 2011, année de l'ouverture du droit éventuel à la rente (art. 28 al. 1 let. b LAI). Le salaire de référence est en l'occurrence celui que peuvent réaliser les femmes dans des activités simples et répétitives (ESS tableau TA1, niveau 4). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées 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'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3). Le salaire de référence s'élève à 4'225 fr. par mois en 2010 pour 40 heures de travail hebdomadaire et à 4'404 fr. par mois pour une durée de travail de 41,7 heures en 2010 et 2011 (cf. La Vie économique 11-2011, tableau B.9.2), soit 52'855 fr. par an. Réactualisé à 2011 selon l'indice des salaires nominaux, le revenu s'élève à 53'364 fr (52'855/2284 x 2306 ; cf. La Vie économique, 7/8 2012 p. 91, tableau 10.3). Compte tenu d'une capacité de travail de 80 %, le salaire après invalidité s'élève à 38'422 fr. L'intimé a procédé à un abattement de 10 % sur le salaire statistique, pour tenir compte de l'âge de la recourante et des limitations fonctionnelles. Eu égard à l'ensemble des circonstances, notamment de l'âge de la recourante (53 ans au moment de la décision litigieuse) et des nombreuses limitations fonctionnelles qui contribuent à désavantager la recourante par rapport à des travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et la contraindre à des concessions salariales importantes, la Cour de céans considère qu'un abattement de 15 % est plus approprié au cas particulier (cf. ATF 9C_673/2010). Cela étant, force est de constater que même avec un tel abattement, le degré d'invalidité ne s'élève qu'à 32 %, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. Pour le surplus, le refus d'octroyer des mesures de réadaptation doit être confirmé, dans la mesure où elles ne seraient pas de nature à améliorer la capacité de gain de la recourante. 11. Mal fondé, le recours doit être rejeté. 12. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurance-invalidité est soumise à des frais de justice (cf. art. 69 al. 1bis LAI). L'émolument, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante, qui succombe. à voir, vu aide sociale. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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