

## **GE\_GERICHTE A/2726/2015 vom 30. Mai 2016**

GE Cour de justice, 2016-05-30, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2726\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2726_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/2726/2015 du 30 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE A/2726/2015 del 30 maggio 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michel BOSSHARD recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1959, ressortissante suisse d'origine thaïlandaise, s'est établie en Suisse en 1987. Elle a travaillé en qualité de masseuse indépendante dès cette année. Selon ses déclarations, elle a également été gérante d'un café de 2007 à 2009. 2. Le 1<sup>er</sup> août 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé), invoquant des douleurs dans toutes les articulations ainsi qu'un épuisement physique et psychique depuis mars 2010. 3. La doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, a indiqué dans un certificat du 22 juin 2012 que cette dernière présentait des polyarthralgies majeures d'origine indéterminée, induisant une difficulté dans la mobilisation et dans les activités de la vie quotidienne. Ses douleurs étaient majorées par un contexte psycho-social extrêmement difficile. 4. Le 6 mars 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a attesté d'une incapacité de travail complète du 1<sup>er</sup> au 31 mars 2012. 5. Selon l'extrait de compte individuel AVS que l'OAI s'est procuré en date du 17 septembre 2012, l'assurée a réalisé en qualité d'indépendante des revenus oscillant entre zéro et CHF 37'400.- entre 1987 et 2011. Son revenu s'était élevé à CHF 14'121.- en 2007, CHF 13'685.- en 2008, CHF 0.- en 2009, CHF 4'554.- en 2010 et CHF 4'612.- en 2011. Le montant total des revenus soumis à cotisations depuis 1987 était de CHF 448'588.-. 6. Dans son rapport du 19 mars 2013, la Dre B\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une polyarthralgie d'origine indéterminée, un syndrome de Sjögren probable avec syndrome de l'œil sec depuis 2008, des paresthésies de la main gauche d'origine indéterminée, un trouble dépressif moyen à sévère avec un état d'épuisement physique et psychique, ainsi qu'une cervicarthrose sévère C5-C6. Ces atteintes avaient des répercussions sur la capacité de travail. L'assurée souffrait également de rhino-conjonctivite saisonnière, de b-thalassémie de type sud-est asiatique, d'hypovitaminose D, de tabagisme actif, de nodules bénins de la thyroïde, d'hypermétropie, d'astigmatisme et de presbytie, ces diagnostics étant sans incidence sur sa capacité de travail. L'assurée se plaignait depuis 2012 d'arthralgies persistantes du poignet gauche, et elle était épuisée par des problèmes sociaux. Elle présentait un discret œdème de l'articulation du poignet gauche. S'agissant des restrictions physiques, mentales ou psychiques, le médecin a indiqué ne pas pouvoir répondre dès lors que l'assurée était au chômage depuis 2010. En ce qui concernait ses limitations fonctionnelles, elle était actuellement dans l'incapacité totale d'exercer une quelconque activité physique. Des moyens auxiliaires lui permettant d'accéder à la baignoire seraient utiles. Des investigations

visant à préciser le diagnostic étaient en cours. ![/endif]>[/if> La Dresse B\_\_\_\_\_ a joint les documents suivants à son envoi : a. rapport du 26 avril 2011 de la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), diagnostiquant un déficit en vitamine D et une ancienne hépatite, et ajoutant qu'il n'existait pas d'élément anamnestique ou clinique en faveur d'une arthrite inflammatoire ; ![/endif]>[/if> b. rapport du 28 septembre 2011 de la Dresse D\_\_\_\_\_, selon lequel les plaintes de l'assurée n'avaient pas d'étiologie inflammatoire ou neurologique, et proposant un reconditionnement et une adaptation du traitement médicamenteux ; ![/endif]>[/if> c. rapport d'électroneuromyographie des membres supérieurs réalisée le 26 septembre 2011 aux HUG, se révélant dans les limites supérieures de la norme avec de discrètes anomalies au niveau des nerfs médians à la limite du significatif ; ![/endif]>[/if> d. rapport d'échographie des mains et poignets du 29 janvier 2013 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, mettant notamment en évidence à gauche une discrète hypertrophie synoviale au niveau de l'articulation radio-carpienne à la hauteur de l'articulation radio-scaphoïdienne, et une discrète mais significative hyperhémie locale à droite ; ![/endif]>[/if> e. rapport de radiographie de la colonne cervicale, réalisée le 14 février 2013 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, concluant à une rectitude cervicale avec une cervicarthrose sévère en C5-C6 et une légère discopathie C4-C5 et C5-C6 ; ![/endif]>[/if> f. rapport d'échographie du cou du 15 février 2013 du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, signalant une thyroïde de taille à la limite supérieure de la normale, et plusieurs petits nodules dont l'aspect évoquait des nodules bénins ; ![/endif]>[/if> g. rapport du 18 février 2013 du docteur H\_\_\_\_\_ du Service d'ophtalmologie des HUG, signalant un test de Schirmer positif ainsi qu'une hypermétropie, un astigmatisme et une presbytie. Le reste du status était dans la norme ; ![/endif]>[/if> h. rapport du 20 février 2013 de la doctoresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie. Ce médecin indiquait que les différentes investigations menées depuis 2008 étaient toutes négatives et n'étaient pas en faveur d'un rhumatisme inflammatoire ou d'une connectivite. La seule anomalie était une vitamine D effondrée. L'assurée se plaignait de douleurs partout, touchant surtout les genoux, avec une boiterie. Elle mentionnait un prurit du visage, des yeux secs, une faiblesse, des fourmis partout, une perte de cheveux et des troubles de la mémoire. L'examen clinique ne révélait pas de lésion cutanée visible, ni de synovite ou de limitation de la mobilité articulaire. Un bilan biologique réalisé en octobre 2012 avait montré la présence d'anticorps anti-SSA. On pourrait ainsi éventuellement évoquer un syndrome de Sjögren, qui pouvait expliquer les douleurs diffuses, la fatigue et les yeux secs. Une échographie des mains et des pieds avait été réalisée et ne montrait ni synovite ni érosion. Un examen ophtalmologique et une biopsie des glandes salivaires seraient souhaitables pour étayer ce diagnostic. ![/endif]>[/if> 7. Dans son rapport du 11 juillet 2013, la Dresse B\_\_\_\_\_ a indiqué que le diagnostic de maladie de Sjögren avec arthralgies était confirmé. L'état était stationnaire. L'assurée présentait une boiterie, des raideurs du rachis et des membres inférieurs. Elle ne pouvait se tenir debout pendant plusieurs heures et n'arrivait pas à écrire ou à réaliser des mouvements fins des mains. La Dresse B\_\_\_\_\_ disait ne pas pouvoir se prononcer sur la possibilité d'une reprise du travail car elle ne savait pas ce qui pouvait être proposé à l'assurée. ![/endif]>[/if> Elle a joint à son rapport le courrier du 7 juin 2013 de la Dresse I\_\_\_\_\_, selon laquelle le diagnostic le plus probable était celui de syndrome de Sjögren, notamment au vu du test de Schirmer pathologique réalisé. L'assurée allait un peu mieux. Elle avait moins de raideurs matinales et se plaignait toujours de douleurs et de paresthésies diffuses.

Elle supportait bien les traitements, malgré la survenance de troubles du sommeil. 8. La Dresse I\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à l'OAI en date du 15 août 2013. Elle a indiqué que l'assurée se plaignait de polyarthralgies depuis 2008, touchant essentiellement les mains, les épaules, les genoux et les pieds, associées à une raideur matinale, des paresthésies des mains et une sensation de sécheresse des yeux et de la bouche. L'assurée signalait également une perte de cheveux et des troubles de la mémoire. Le bilan biologique montrait la présence d'anticorps anti-SSA et anti-SSB, et le test de Schirmer était franchement pathologique. L'échographie des mains et des pieds ne montrait ni synovite ni érosion. Le reste du bilan était négatif, hormis une vitamine D effondrée. L'assurée présentait le plus probablement un syndrome de Sjögren avec un syndrome sec et des polyarthralgies. Du point de vue fonctionnel, elle était limitée dans les travaux lourds, le port de lourdes charges et les activités répétées avec les mains. 9. Dans son rapport du 26 octobre 2013, le Dr C\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une maladie de Sjögren avec répercussions sur la capacité de travail, et une réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) sans incidence sur la capacité de travail. Les multiples douleurs articulaires étaient en voie de progression. Le trouble de l'adaptation ne remplissait pas les critères d'une maladie mentale au sens de la CIM-10. L'assurée n'avait pas de plaintes psychiatriques. Les problèmes d'anxiété et de sommeil étaient un effet indésirable connu de la prednisone. Le Dr C\_\_\_\_\_ avait vu l'assurée pour un traitement hypnotique en raison d'une insomnie secondaire à un état de stress. Elle le consultait une à deux fois par mois en fonction des troubles qu'elle présentait. 10. A la demande de l'OAI, la Dresse I\_\_\_\_\_ a indiqué par courrier du 21 février 2014 que l'incapacité de travail en tant que vendeuse existait depuis 2008 dans le cadre du syndrome de Sjögren évoluant depuis cette date. Depuis 2013, l'assurée se plaignait également de gonalgies gauches et de lombalgies. Les radiographies de la colonne lombaire s'étaient avérées normales, mais une IRM du genou gauche du 23 janvier 2014 montrait une chondropathie fémoropatellaire avancée, limitant l'assurée dans la station debout prolongée. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : pas de travaux lourds, pas de port de charges de manière répétée, pas de station debout prolongée. Dans une activité en position assise et légère, la capacité de travail était probablement de 80 %, avec une diminution de rendement de 20 % en raison de la fatigue associée au syndrome de Sjögren, probablement depuis 2008. La prednisone ne semblait pas efficace et était en voie de sevrage. 11. Le 9 avril 2014, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué que la situation psychiatrique était sans lien avec la demande de prestations d'invalidité. Il n'y avait pas eu de changement depuis son rapport du 26 octobre 2013. 12. Dans son rapport du 8 mai 2014, la Dresse B\_\_\_\_\_ a noté qu'elle suivait l'assurée depuis le 21 février 2012 et qu'elle pouvait attester de son incapacité de travail depuis cette date. L'incapacité de travail en tant que gérante de bar était de 100 % depuis. L'assurée disait avoir travaillé comme masseuse indépendante dès son arrivée en Suisse. L'activité habituelle n'était pas exigible. Les limitations fonctionnelles étaient liées à l'impossibilité de se mouvoir : pas de station debout, de port de charges et de marche plus d'une heure. Il n'y avait aucune capacité dans une activité adaptée. L'assurée était fatiguée. Le traitement par prednisone n'avait pas été efficace contre la douleur. Le pronostic était sombre, sans récupération possible malgré les traitements. 13. Dans son avis du 6 novembre 2014, la doctoresse J\_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR), a déclaré s'aligner sur les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_. L'assurée présentait une incapacité de travail totale dans son activité de masseuse depuis 2008. Dans une activité adaptée, sa capacité de travail était de 80 %, avec une diminution de rendement de l'ordre

de 20 %, depuis 2008. 14. Dans une note interne du 26 février 2015, l'OAI a relevé que l'assurée travaillait en qualité de masseuse traditionnelle depuis de nombreuses années, sans tenir de comptabilité. Les revenus déclarés à l'AVS n'avaient jamais dépassé CHF 30'000.-. Le revenu sans invalidité était ainsi fixé à CHF 30'000.-. 15. Le 2 mars 2015, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité de l'assurée. Le salaire avec invalidité, fondé sur le revenu statistique tiré d'activités simples et répétitives selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2008, tableau 1, était de CHF 4'116.- pour 40 heures par semaine. Indexé à 2009 et adapté à la durée hebdomadaire de travail de 41.6 heures, le revenu était de CHF 52'457.- par an. Compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 80 % et d'une baisse de rendement de 20 %, le revenu d'invalidité était de CHF 30'215.-. La comparaison avec le revenu sans invalidité de CHF 30'000.-, conformément à l'extrait de compte individuel, aboutissait à un degré d'invalidité nul. 16. Le 6 mars 2015, l'OAI a adressé un projet de décision à l'assurée. Il a repris son calcul du degré d'invalidité du 2 mars 2015, lequel n'ouvrait pas le droit aux prestations. 17. Le 2 avril 2015, l'assurée, par son assistante sociale, a interpellé l'OAI afin que ce dernier lui indique si tous ses médecins traitants – soit les Drs B \_\_\_\_\_, I \_\_\_\_\_ et C \_\_\_\_\_ – avaient été interrogés. Elle sollicitait la mise en œuvre d'une expertise. 18. Dans un courrier reçu le 17 avril 2015 par l'OAI, la Dresse I \_\_\_\_\_ a invité celui-ci à revenir sur son projet de décision. L'assurée présentait un probable syndrome de Sjögren avec des polyarthralgies et une importante fatigue, et elle ne pouvait plus travailler en qualité de masseuse ou de serveuse. Âgée de bientôt 56 ans, elle n'avait aucune formation, ne parlait pas le français et très mal l'anglais et ne travaillait pas depuis des années. Dans ces conditions, une évaluation de sa capacité de travail et une aide au placement seraient souhaitables. 19. Par courrier du 13 avril 2015 à l'OAI, la Dresse B \_\_\_\_\_ a soutenu que la situation clinique de l'assurée n'était pas entièrement clarifiée, et qu'une expertise devrait être diligentée. Une biopsie d'une glande salivaire serait organisée pour confirmer le diagnostic. L'assurée présentait une limitation importante dans les gestes de la vie quotidienne. Elle ne pouvait plus préparer sa nourriture en raison d'arthralgies des mains. 20. Dans son avis du 21 avril 2015, la Dresse J \_\_\_\_\_ a noté que l'assurée n'apportait pas de nouveaux éléments médicaux. Les conclusions du 6 novembre 2014 étaient partant maintenues. 21. Dans sa note du 28 mai 2015, le Service de réadaptation de l'OAI s'est déterminé sur l'aide au placement requise. Il a relevé que sur demande expresse et motivée de l'assurée, il pourrait examiner cette mesure pour autant que celle-ci y participe activement en faisant des recherches d'emploi. L'OAI n'avait pas l'obligation de fournir un nouvel emploi. Son aide se bornait à en faciliter les recherches. L'OAI pourrait demander les preuves des recherches d'emploi à l'assurée le cas échéant. 22. Par courrier du 4 juin 2015, l'OAI a informé l'assurée qu'il pourrait examiner son droit au placement sur demande expresse et motivée, en reprenant les conditions décrites dans la note du 28 mai 2015. 23. Par décision du 30 juin 2015, l'OAI a confirmé le refus de toute prestation à l'assurée, compte tenu de son degré d'invalidité nul. Il a d'ailleurs indiqué qu'une aide au placement pourrait être examinée sur demande expresse et motivée. 24. Par décision du 24 juillet 2015, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire. 25. Par courrier du 4 août 2015 adressé à l'OAI, l'assurée, par son mandataire, a contesté la décision du 30 juin 2015, qui ne tenait pas compte du caractère dégénératif de la maladie et du fait que son état de santé s'était dégradé depuis les rapports sur lesquels elle s'était fondée. L'assurée se faisait livrer ses repas à domicile car elle n'arrivait pas à faire la

cuisine, et bénéficiait d'une aide à domicile. Elle souhaitait rencontrer l'OAI pour envisager une aide au placement, car le champ des activités possibles était très restreint par sa maladie.![endif]>![if> 26. Par acte du 12 août 2015, l'assurée a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité et subsidiairement au renvoi à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision. ![endif]>![if> La recourante a exposé son parcours professionnel. Ses revenus avaient été minimes en 2009 et 2010, car elle était déjà malade. Elle a allégué qu'elle était hébergée dans un immeuble avec une infirmerie en raison de son état de santé. Son dossier médical démontrait qu'elle était incapable de travailler. Sa capacité de gain était ainsi nulle. De plus, l'intimé n'avait jamais examiné la recourante et n'avait pas mis en œuvre d'expertise, violant ainsi son droit d'être entendue, ce qui relevait d'un déni de justice. La décision de l'intimé ne tenait de plus pas compte des rapports médicaux produits et de l'évolution négative de sa maladie. La recourante a notamment produit les éléments suivants à l'appui de son recours : - description de son atteinte par l'Association romande du Syndrome de Sjögren ;![endif]>![if> - attestation du 30 juillet 2015 de la Dresse B\_\_\_\_\_, selon laquelle l'état de la recourante n'avait cessé de se dégrader depuis mars 2014. Cette dernière ne pouvait plus utiliser ses mains pour les tâches quotidiennes et avait besoin d'adaptations ergothérapeutiques dans son logement ; ![endif]>![if> - attestation de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD), selon laquelle la recourante a bénéficié de prestations d'ergothérapie, de plots de rehausse-meuble installés à son domicile et de trois repas par semaine livrés à son domicile depuis le 22 juillet 2014, avec un arrêt de prestations entre le 6 janvier 2015 et le 20 avril 2015 ;![endif]>![if> - extrait du site de la ville de Genève décrivant l'immeuble avec infirmerie M\_\_\_\_\_, sis rue N\_\_\_\_\_ .![endif]>![if> 27. Dans sa réponse du 11 septembre 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a souligné que la Dresse I\_\_\_\_\_ avait fait état d'une capacité de travail de 80 % avec une diminution de 20 % dans une activité légère en position assise. L'intimé avait ainsi tenu compte de l'avis des médecins traitants, de sorte qu'il ne se justifiait pas d'investiguer plus avant l'aspect médical. La position du SMR était fondée. L'intimé a ajouté qu'il se ralliait entièrement aux conclusions du Dr K\_\_\_\_\_ du 19 août 2015, dont il a produit l'avis à l'appui de son écriture. La situation médicale ayant été parfaitement élucidée, c'était à bon droit qu'il avait retenu une capacité de travail de 80 % accompagnée d'une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée pour fixer le degré d'invalidité. ![endif]>![if> Dans son avis du 19 août 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ a relevé que les limitations fonctionnelles signalées par la Dresse B\_\_\_\_\_ le 30 juillet 2015 correspondaient à celles qui avaient déjà été retenues auparavant. L'aggravation invoquée n'était pas décrite. Quant à l'attestation de l'IMAD, elle n'exposait pas quels éléments médicaux justifiaient les prestations octroyées. Il fallait ainsi s'en tenir aux conclusions précédentes et considérer que la capacité de travail dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles était de 80 %, avec une baisse de rendement de 20 %. 28. Dans sa réplique du 9 octobre 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a produit les pièces suivantes : ![endif]>![if> a. courrier du 14 août 2015 de la Dresse I\_\_\_\_\_ indiquant que la recourante présentait des douleurs ostéo-articulaires diffuses, probablement en relation avec un syndrome de Sjögren, associées principalement à une sécheresse des yeux et de la bouche. Concernant ce diagnostic, le bilan serait prochainement complété par une biopsie des glandes salivaires. Les différents examens complémentaires montraient actuellement uniquement des troubles dégénératifs, touchant principalement la colonne cervicale. Il n'y avait pas d'autre élément objectif pour l'heure.

La recourante était limitée dans les travaux lourds, le port de charges et la station debout prolongée en raison des douleurs. Dans ces conditions, au vu de l'âge de la recourante, de son manque de formation et de ses difficultés à s'exprimer en français, la rhumatologue était effectivement d'avis qu'une expertise en anglais serait souhaitable afin d'évaluer au mieux sa capacité de travail ;

b. courrier du 29 septembre 2015 de l'assistante sociale de SOS Femmes, attestant que la recourante venait à la consultation sociale de cette association une fois par mois. L'assistante sociale avait constaté que l'état de santé de la recourante s'était dégradé et qu'il lui était très difficile de se déplacer. Elle vivait dans un état de souffrances physiques quotidiennes. Elle bénéficiait de quelques heures de cours hebdomadaires dispensées par l'association, qui représentaient déjà pour elle un effort considérable. Il paraissait inenvisageable qu'elle soit à même de reprendre une activité professionnelle et de la mener à bien.

29. Dans sa duplique du 4 novembre 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a affirmé que les arguments et les pièces produites par la recourante n'étaient pas de nature à modifier son appréciation. En particulier, les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse I\_\_\_\_\_ dans le rapport daté du 14 août 2015 rejoignaient celles prises en compte dans l'évaluation de la capacité de travail par le SMR.

30. Le 6 novembre 2015, la chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante et a informé les parties que la cause était gardée à juger.

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

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.

3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'invalidité.

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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur 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. 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).

6. En vertu de l'art. 28 al. 1 er LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans

interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40 % au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Conformément à l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme 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 leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). 8. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2). b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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). d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2). 9. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus, qu'il convient d'appliquer aux assurés exerçant une activité lucrative (ATF 128 V 29 consid. 1). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 128 V 174 consid. 4a). Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 428/06 du 25 mai 2007 consid. 7.3.3.1). Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assuré, il faut en l'absence d'un revenu effectivement réalisé se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b). Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait toucher l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. 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) (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_259/2007 du 8 mai 2008 consid. 4.1). Un abattement global maximal de 25 % permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). 10. En l'espèce, l'intimé a fondé le calcul du degré d'invalidité sur une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée, soit celle correspondant aux limitations retenues par la Dresse I\_\_\_\_\_, excluant les travaux lourds, le port de charges lourdes et les activités manuelles répétées. Il a donc calqué son évaluation de la capacité de travail de la recourante sur celle de la rhumatologue traitante. En tant que la recourante affirme que sa capacité de travail est nulle et qu'elle n'a ainsi pas de capacité de gain, elle méconnaît le caractère de l'invalidité, au sens du droit des assurances sociales. L'invalidité est en effet une notion économique et non médicale, et ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 501/04 du 13 décembre 2005 consid. 7.2). Or, en l'espèce, s'il n'est pas contesté que la capacité de travail dans l'activité habituelle de masseuse est désormais nulle, la recourante dispose néanmoins d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Il n'existe en effet aucun document médical démontrant au degré de la vraisemblance prépondérante que tel ne serait pas le cas. Comme on l'a vu, la Dresse I\_\_\_\_\_ a elle-même admis dans son rapport d'août 2013 qu'une activité adaptée était possible à un taux de 80 %, moyennant une diminution de rendement de 20 %, conclusion qu'elle a confirmée dans son rapport du 21 février 2014. Dans son rapport du 14 août 2015, la rhumatologue de la recourante n'a pas remis en cause son estimation de la capacité de travail dans une activité adaptée, et n'a pas non plus modifié les limitations fonctionnelles qu'elle avait retenues. Elle n'est pas non plus revenue sur cette appréciation dans le courrier adressé à l'OAI en avril 2015, dans lequel elle a cependant relevé les points restreignant l'accès au marché du travail, notamment les difficultés linguistiques et le manque de formation. Or, des facteurs tels que l'absence de formation ou de connaissances linguistiques sont étrangers à l'invalidité, de sorte que les organes de l'assurance-invalidité ne peuvent tenir compte de tels critères (arrêt du Tribunal fédéral des assurances C 282/05 du 3 mars 2006 consid. 2.3). Quant à l'âge de la recourante, la chambre de céans rappelle que selon la jurisprudence, l'assurance-invalidité n'a pas à répondre du fait qu'un assuré ne trouve plus d'emploi adapté à ses atteintes à la santé en raison de son âge. Dans le cadre de l'examen de l'exigibilité qu'imposent tant la notion de marché du travail équilibré que le devoir de réadaptation – examen qui interdit de partir d'hypothèses irréalistes – l'âge avancé ne constitue pas un facteur étranger à l'invalidité mais fait partie des caractéristiques qui, cumulées aux circonstances personnelles et professionnelles, peuvent avoir pour conséquence que la capacité résiduelle de gain de l'assuré n'est de manière réaliste plus demandée sur le marché équilibré du travail et que sa mise en valeur n'est plus exigible (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références). Le Tribunal fédéral a considéré que le seuil dès lequel on peut parler d'âge avancé se situe à 60 ans (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). La recourante, née en 1959, est ainsi bien en-dessous de l'âge à partir duquel on peut admettre qu'une réinsertion professionnelle n'est plus réaliste. Partant, les obstacles à la reprise d'une activité lucrative soulevés par la

rhumatologue ne justifient pas que l'on renonce à tenir compte d'une capacité de travail dans une activité adaptée. Les rapports de la Dresse B \_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus une autre appréciation. En effet, l'incapacité de gain totale qu'elle a mentionnée dans son rapport du 8 mai 2014 n'est nullement motivée, alors que les limitations fonctionnelles relatées par cette généraliste en juillet 2013 se recoupent pourtant largement avec celles que la Dresse I \_\_\_\_\_ a signalées. La dégradation de l'état de santé relevée en juillet 2015 par la Dresse B \_\_\_\_\_ n'est pas non plus étayée. Sur ce point, on notera en particulier que les limitations fonctionnelles, liées aux difficultés des tâches manuelles, n'ont guère varié par rapport à celles qui ont été communiquées en juillet 2013 – et qui ont du reste déjà été prises en compte par l'intimé. Quant au fait que des examens soient en cours pour confirmer le diagnostic de syndrome de Sjögren, il s'agit d'un point sans pertinence pour l'issue du litige, dès lors que l'intimé a déjà admis les limitations liées à cette affection. Le Dr C \_\_\_\_\_ n'a pas retenu d'incapacité de gain d'origine psychique, si bien qu'on ne saurait exclure de capacité de travail dans une activité adaptée à ce titre. Enfin, la livraison de trois repas à domicile par semaine ne suffit pas à écarter les conclusions médicales, pas plus que l'hébergement dans un immeuble doté d'une infirmerie. En effet, les difficultés de la recourante pour préparer des aliments ne sont pas nouvelles. En termes de limitations fonctionnelles, elles se traduisent par l'exclusion des activités manuelles répétées. En outre, aucun des médecins n'a fait état de la nécessité pour la recourante de disposer d'un logement avec un accès à une infirmerie, et on ignore d'ailleurs si celle-ci fait fréquemment usage de cet équipement. Quant à l'appréciation de l'état de santé de la recourante par son assistante sociale, elle ne saurait se substituer à des constatations médicales claires. La recourante fait grief à l'intimé de ne pas avoir mis en œuvre d'expertise, violant ainsi son droit d'être entendue. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'espèce, dès lors que l'intimé admet la capacité de travail décrite par la rhumatologue de la recourante, et que le dossier ne contient pas de conclusions motivées remettant en cause ce point, il n'y a pas de raison de mettre en œuvre une expertise. Les points destinés à être éclaircis par une telle mesure selon la proposition de la Dresse I \_\_\_\_\_ du 14 août 2015 ne relèvent d'ailleurs pas de la capacité de travail médico-théorique de la recourante, mais de facteurs exorbitants à la notion d'invalidité. La Dresse B \_\_\_\_\_ a également appelé de ses vœux une expertise afin de confirmer le diagnostic suspecté chez la recourante. Cependant, comme on l'a vu ci-dessus, une telle démarche n'aurait pas d'incidence sur l'issue du litige. Enfin, c'est ici le lieu de rappeler que dans la conduite de la procédure, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données médicales (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1012/2008 du 30 juin 2009 consid. 3.2.1). Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans se ralliera aux conclusions de la Dresse I \_\_\_\_\_ et du SMR, selon lesquelles la recourante a une capacité de travail de 80 % avec une diminution de rendement de 20 % dans une activité adaptée. 11. Reste à déterminer si le calcul du degré d'invalidité auquel a procédé l'intimé est correct.

!endif>![if> L'art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) prévoit qu'à l'exception des prestations, éléments de salaire et indemnités mentionnées aux

let. a à c de cette disposition, le revenu annuel présumable est celui sur lequel des cotisations ont été versées. Un parallèle est ainsi établi entre le revenu soumis à cotisation de l'assurance-vieillesse et survivants et le revenu à prendre en considération pour l'évaluation de l'invalidité. Ce parallèle n'a toutefois pas une portée absolue, et la jurisprudence admet des rectificatifs, par exemple lorsqu'il y a eu une variation extraordinaire du revenu (SVR 1999 IV n° 24 p. 71). La seule circonstance qu'un assuré disposerait de meilleures possibilités de gain que celles qu'il met en valeur et qui lui permettent d'obtenir un revenu modeste ne justifie pas encore que l'on s'écarte du gain qu'il percevait effectivement (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 777/01 du 14 octobre 2002 consid. 2.2). La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I 290/04 du 28 décembre 2004 consid. 3.2). En l'espèce, les revenus obtenus par la recourante sont certes modiques, puisqu'ils correspondent à CHF 18'691.65 par année en moyenne (CHF 448'588.- réalisés entre 1987 et 2011). La recourante s'en est contentée durant une longue période, et elle n'allègue pas que sa capacité financière aurait augmenté sans atteinte à la santé, si bien qu'il n'existe aucun indice concret permettant de faire abstraction de ses revenus effectifs. L'intimé a retenu un salaire sans invalidité de CHF 30'000.-, affirmant que les revenus de la recourante n'avaient jamais dépassé ce montant. Ce chiffre s'avère très largement favorable à la recourante. Il est en effet supérieur au montant moyen réalisé, et en particulier au revenu de CHF 14'121.- réalisé en 2007, soit avant que l'atteinte à la santé n'entraîne d'effets sur les revenus de la recourante selon ses propres déclarations. La chambre de céans ne s'en écartera toutefois pas. Pour ce qui est du revenu avec invalidité, c'est de manière conforme au droit que l'intimé s'est référé à des revenus statistiques en l'absence d'activité concrètement exercée. Le revenu tiré de l'ESS 2008 pour des activités simples et répétitives (TA 1, ligne Total, niveau 4) était de CHF 4'116.- pour 40 heures par semaine. Indexé et adapté à la durée normale de travail de 41.6 heures en 2009, année lors de laquelle la recourante aurait au plus tôt pu prétendre à l'octroi d'une rente en cas de demande non tardive, le revenu d'invalidité est de CHF 52'446.16. Compte tenu d'un taux d'activité de 80 % et d'une diminution de rendement de 20 %, le revenu d'invalidité est de CHF 33'583.80. L'intimé n'a pas procédé à une réduction statistique sur ce revenu. On peut se demander si, en renonçant à un tel abattement, l'intimé n'a pas commis un excès négatif de son pouvoir d'appréciation (ATF 116 V 307 consid. 2), que la chambre de céans serait fondée à revoir conformément à l'art. 61 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative (LPA - E 5 10). Cette question peut toutefois rester ouverte en l'espèce, puisque même en tenant compte de l'abattement maximal de 25 %, le revenu d'invalidité serait de CHF 25'188.-, et la comparaison avec le revenu sans invalidité aboutirait à un degré d'invalidité de 16 %, qui reste insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations. 12. Eu égard aux éléments qui précèdent, la décision de l'intimé s'avère conforme au droit. Partant, le recours sera rejeté. [endif]>[if> La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). La procédure en matière d'assurance-invalidité n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). Toutefois, la recourante étant au bénéfice de l'assistance judiciaire, il y a lieu de renoncer au paiement d'un émolument conformément à l'art. 13 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments 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.