

## **GE\_GERICHTE A/3205/2013 vom 20. Januar 2015**

GE Cour de justice, 2015-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3205\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3205_2013)

FR: GE\_GERICHTE A/3205/2013 du 20 janvier 2015

IT: GE\_GERICHTE A/3205/2013 del 20 gennaio 2015

### **Erwägungen**

#### **E. 2**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur [ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). Les faits pertinents dans la présente affaire se sont produits en 2012 et 2013. La LAI est donc applicable dans sa teneur en vigueur dès janvier 2012 (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Pour mémoire, les révisions de la LAI intervenues depuis que la recourante a eu ses premiers problèmes de santé, vers 2003-2004, sont les révisions des 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et 18 mars 2011 (révision dite 6a), entrées en vigueur respectivement les 1<sup>er</sup> janvier 2004, 1<sup>er</sup> janvier 2008 et 1<sup>er</sup> janvier 2012. Ces révisions successives n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). Par ailleurs, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la LAI n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI). Les modifications qu'a apportées la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée sur le plan de la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA. Il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

#### **E. 3**

a) Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). L'incapacité de gain représente quant à elle toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain ; de plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA). Pour les personnes sans activité rémunérée, qui sont aussi couvertes par la LAI, la loi consacre une conception particulière de l'invalidité, qui substitue la capacité de travail à la capacité de gain. Est déterminant l'empêchement, causé par l'atteinte à la santé, d'accomplir les travaux habituels, comme la tenue du ménage, l'éducation des enfants, les achats (art. 8 al. 3 LPGA,

auquel renvoie l'art. 5 al. 1 LAI). Les deux approches sont combinées pour juger de l'invalidité d'une personne dont l'atteinte à la santé impacte à la fois sa capacité de gain et sa capacité d'accomplir ses travaux habituels, d'une façon relevante parce que même à défaut d'une telle atteinte ladite personne n'exercerait une activité lucrative qu'à temps partiel. La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est en tout état une notion économique, et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est pas à elle seule déterminante ; elle n'est prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). b) L'invalidité n'en comprend pas moins un aspect médical, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, psychique ou mentale. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler. 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral 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 (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid.

2.2). 4. L'assuré a droit à une rente entière d'invalidité s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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 (art. 28 al. 2 LAI).  
!> Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). L'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. 5. a) Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).  
!> La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). Il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon

suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93 ). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office de l'assurance-invalidité ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Des doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation ne peuvent être retenus que s'il existe des circonstances particulières les justifiant objectivement (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico-théorique. Le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en effet dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2001, p. 158, consid. 3c ; ATFA non publiés du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 5.1.1 et du 26 juillet 2004, I 155/04, consid. 3.2). Aux conditions posées par la jurisprudence mentionnée ci-dessus (ATF 128 V 93 ), l'enquête sur les activités ménagères à laquelle procède l'administration a valeur probante (ATFA non publié du 10 juin 2003, I 151/03). Elle n'est toutefois pas un moyen de preuve adéquat lorsque l'empêchement résulte de troubles d'ordre psychique (VSI 2001 p. 159 consid. 3d). En effet, le questionnaire servant à fixer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage est conçu de manière à évaluer le handicap découlant d'atteintes à la santé physique. Il n'est pas propre à permettre l'évaluation des limitations liées à des troubles psychiques ; les constatations médicales relatives à la capacité de travail raisonnablement exigible sont plus aptes qu'une enquête économique à fixer l'empêchement que causent de tels troubles pour l'accomplissement des travaux habituels (ATFA non publié du 22 décembre 2003, I 311/03). 6. En l'espèce, la recourante a été salariée à 80 % de septembre 1999 à fin février 2007 ; elle a réduit son taux d'activité à 60 % dès le 1<sup>er</sup> mars 2007, à sa demande. Elle affirme cependant que c'est uniquement en raison de la dégradation de son état de santé qu'elle a modifié, à la baisse, son temps de travail professionnel, mais qu'à défaut d'atteinte à sa santé elle aurait continué jusqu'à sa retraite à travailler à 80 %. La recourante n'a certes pas indiqué dans sa demande de prestations de l'assurance-invalidité du 16 février 2012 que si elle n'avait pas été atteinte dans sa santé elle aurait continué à travailler à 80 % ; mais le formulaire qu'elle a rempli pour présenter sa demande ne comportait pas de rubrique ou question à ce sujet. En revanche, tant lors de l'entretien d'évaluation qu'elle a eu le 24 avril 2012 avec un collaborateur de l'OAI qu'une année plus tard, lors de l'enquête ménagère du 23 avril 2013, elle a précisé qu'en 2006 elle avait demandé une réduction de son temps de travail dès janvier 2007 de 80 % à 60 % « à cause de sa santé qui commençait à décliner », « en raison d'une pression trop importante sur son lieu de travail et du fait des douleurs qu'elle ressentait au terme d'une journée de travail ». Tant son mari que ses deux fils sont venus le confirmer devant la chambre de céans. S'il n'était guère imaginable qu'appelés à témoigner sur demande de la recourante ils

contredisent cette dernière sur cette question, il n'en faut pas moins relever qu'ils ont été tous trois les témoins directs et les plus proches de la vie quotidienne de la recourante, de ses difficultés à se mouvoir et à effectuer des travaux, de ses souffrances, de sa grande et régulière fatigue au retour de son activité professionnelle. Leur témoignage a été concret, empreint de réalisme, crédible. Il n'est pas suspect que la raison de cette diminution de taux d'activité n'a été abordée guère que dans un cercle familial restreint, constitué pour l'essentiel de la recourante, son mari et ses deux fils, à l'exclusion de l'employeur, eu égard au caractère médical, pouvant a priori être conçu comme confidentiel par la famille, surtout que la recourante, sur la base d'au moins une expérience ressentie négativement par elle et ses proches au retour d'un congé-maladie, avait eu l'impression de ne pas rencontrer de compréhension de la part de sa hiérarchie. Elle peut avoir préféré taire le motif médical de sa demande par crainte d'en subir par la suite des inconvénients, voire finalement de perdre son emploi, à la fois nécessaire financièrement et source de satisfaction professionnelle, même si cette crainte peut avoir été exagérée ou infondée (quoique, sied-il de relever, le Dr K\_\_\_\_\_ a fait mention que la recourante ne pourrait pas retravailler dans le même établissement à cause d'une situation de mobbing et de harcèlement). Dans ce contexte, il n'est pas étonnant que la recourante ne se soit pas ouverte au Dr L\_\_\_\_\_, entre 2006 et 2013, sur le motif de sa diminution de taux d'activité dans la mesure où ce médecin était le médecin-conseil de son employeur. Le Dr K\_\_\_\_\_, l'ayant suivie de 2002 à 2008, soit notamment à l'époque de cette réduction de temps de travail, a quant à lui attesté que la recourante avait réduit son taux d'activité parce qu'elle « était à bout de forces ». Les autres médecins ont suivi la recourante une fois que ce changement professionnel était déjà intervenu, ce qui peut expliquer qu'il n'a pas été abordé entre eux et la recourante. Le parcours professionnel de la recourante s'inscrit dans la logique d'une femme qui, ayant interrompu sa formation à la suite d'un grave accident subi par son mari, avait travaillé par nécessité comme employée de bureau, mais s'était ensuite consacrée à sa famille, soit un mari handicapé et surtout deux jeunes enfants, avant de se réinsérer dans la vie professionnelle, dès novembre 1997 (alors que les deux enfants du couple étaient devenus de jeunes adultes ou à tout le moins des adolescents largement autonomes), dans un statut d'abord précaire, puis, dès septembre 1999 en fixe à 80 %. Il est avéré que dans les années qui ont suivi, à tout le moins dès 2005, la recourante a été à répétition reprise en arrêt de travail, total ou partiel ; c'est d'ailleurs bien une incapacité de travail, notamment dans sa profession d'aide-soignante, que les problèmes de santé diagnostiqués ont produit, de l'avis de plusieurs médecins. Il n'y a rien de normal qu'avant de se décider à diminuer son taux d'activité de 80 % à 60 %, la recourante et sa proche famille s'en soient entretenus entre eux et ont fait des calculs leur ayant permis d'estimer que le couple aurait des revenus encore suffisants avec la rente de l'assurance-invalidité du mari et un salaire à 60 % de la recourante. Il s'agissait bien pour eux, logiquement, de s'assurer de pouvoir simplement s'en sortir. Rien ne permet d'inférer du choix personnel que la recourante a fait à ce moment-là qu'elle n'aurait pas continué à travailler à 80 % sans atteinte à la santé. Enfin, l'activité professionnelle de la recourante apparaît comme avoir été - et rester aujourd'hui, en termes de nostalgie - une source non seulement de revenus, mais aussi de satisfaction et d'intérêt. Au regard de l'ensemble de ces éléments, la chambre de céans considère qu'il n'est pas seulement possible, mais aussi des plus vraisemblable qu'à défaut d'atteinte à la santé la recourante aurait continué à exercer son activité lucrative à 80 %. Le fait doit dès lors être tenu pour établi, et la recourante se voir reconnaître un statut mixte combinant une part professionnelle de 80 % et une part ménagère de 20 % (et non de respectivement 60 % et

40 % comme l'a retenu la décision attaquée, qui doit être modifiée sur ce point). 7. Pour la sphère ménagère de la recourante, l'autorité intimée a ordonné une enquête économique sur le ménage, qui a été faite sur place, au domicile de la recourante, par une spécialiste. Sous réserve de la proportion retenue pour les sphères professionnelles et ménagères (consid. 6), il appert que le rapport d'enquête du 23 avril 2013 satisfait entièrement aux réquisits jurisprudentiels en la matière. L'enquêtrice a pris en compte les indications fournies par la recourante. Son rapport est dûment motivé, de façon détaillée et convaincante, et aboutit à des conclusions fiables. La pondération qu'elle a faite de chacune des activités constituant les activités ménagères (à savoir la conduite du ménage, l'entretien du logement, les emplettes et courses diverses, la lessive et l'entretien des vêtements et les soins aux membres de la famille, en l'occurrence à son mari) échappe à toute critique. Compte tenu du fait que le mari de la recourante est en chaise roulante et que leurs deux fils sont âgés de plus de trente ans et vivent hors du domicile de leurs parents, c'est à juste titre que l'enquêtrice n'a pas retenu d'exigibilité à leur charge, autrement dit considéré que la recourante devait accomplir seule les tâches ménagères. L'enquêtrice s'est montrée assez exigeante dans l'évaluation des taux d'empêchement de la recourante, en particulier en n'en retenant pas pour les emplettes et les courses ainsi que pour la lessive et l'entretien des vêtements. Il n'est cependant pas critiquable d'attendre de la recourante qu'elle adapte à la baisse les besoins de son ménage de façon à pouvoir les assumer elle-même d'une façon suffisante à défaut d'être idéale, notamment en adoptant des habillements plus faciles à laver, en diminuant le nombre de fois qu'elle change les draps des lits, en prenant plus de temps pour accomplir ses diverses activités ménagères, en faisant des pauses plus fréquentes. Aussi est-ce à bon droit que l'autorité intimée a retenu le taux global d'empêchement établi par ce rapport d'enquête, à savoir 14 %. Appliqué à une part d'activités ménagères de 20 %, cela donne un degré d'invalidité de 2,8 %. 8. a) Concernant la sphère professionnelle, il y a unanimité des médecins pour dire que la recourante a une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante. Il y a en revanche divergence sur la question de sa capacité de travail dans une activité adaptée, notamment entre les Dr H\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_. Allant certes tous deux dans le sens d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec des limitations fonctionnelles, l'avis du Dr G\_\_\_\_\_ du 14 décembre 2012 n'est guère motivé, et celui du Dr L\_\_\_\_\_, du 21 janvier 2014, doit être lu en lien avec le fait que ledit médecin n'a vu la recourante qu'une seule fois (soit le 13 juillet 2006, selon son courrier du 21 mai 2014, d'après lequel la recourante avait à l'époque à l'évidence une capacité de travail nulle), qu'il retient des limitations fonctionnelles importantes (à savoir une impossibilité de poursuivre des travaux ménagers lourds, des manipulations de personnes déficientes dans leur capacité à se déplacer, des travaux prolongés en position statique, des travaux prolongés de ménage, des transports de commissions), qu'il admet une pleine capacité de travail dans une activité adaptée pour le motif que, selon lui, une activité adaptée est par définition une activité qu'on a la capacité d'exercer, et qu'il ajoute qu'en l'occurrence il n'est pas aisé et reste uniquement théorique de définir une activité adaptée. b) Dans son rapport du 31 juillet 2012, le Dr H\_\_\_\_\_ retient les diagnostics de dorso-lombalgies chroniques, de troubles disco-dégénératifs et statiques du rachis et d'ostéoporose fracturaire ; il estime que la capacité de travail de la recourante est entière dans une activité professionnelle légère excluant les ports de charges, plutôt sédentaire mais autorisant l'alternance de la position assise et debout, évitant les mouvements répétitifs du rachis en porte à faux et les charges au-delà de 7 kg. Dans son courrier du 13 décembre 2013 à la

chambre de céans, ledit médecin a précisé que la recourante devait pouvoir alterner la position assise et debout à raison d'une fois par heure. Sans diverger d'opinion sur les diagnostics à retenir, sinon que la recourante est atteinte en outre de la maladie de Forestier accroissant les risques de fractures en association avec son ostéoporose sévère, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 17 décembre 2012, qu'une activité adaptée serait pour la recourante une activité ne requérant pas de port de charges de plus de 5 kg, n'impliquant pas de mouvements de flexion du rachis et permettant de changer de position toutes les trente minutes. Lors de son audition par la chambre de céans, le 14 octobre 2014, ledit médecin a précisé que la recourante ne devait pas devoir effectuer des mouvements rotatifs répétés du rachis, ni devoir monter sur un escabeau ou un échafaudage. Il a également expliqué que les examens pratiqués en 2012 avaient démontré que la recourante avait perdu 40 % de densité osseuse et, consécutivement à une fracture de la vertèbre dorsale 11, subi une perte de taille de 10 cm, que le traitement administré entre 2012 et 2014 par injection lui avait permis de regagner 8 % de densité osseuse, mais qu'elle était exposée à de nouvelles fractures, d'autant plus qu'en cas d'ostéoporose la préexistence de fractures en favorise la survenance de façon exponentielle, et qu'avec une perte de densité osseuse de plus de 30 % la recourante subissait inmanquablement des micro-fractures à répétition, provoquant chaque fois d'importantes et durables douleurs, limitant ses activités, l'obligeant à changer régulièrement et à s'étendre régulièrement. En considération de ces éléments et du suivi qu'il avait pu faire de l'état de santé de la recourante sur deux ans, le Dr E\_\_\_\_\_ estimait que la capacité de travail résiduelle de cette dernière était de 30 % dans une activité adaptée. c) Comme le relève le SMR, les Dr H\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ font des évaluations différentes fondamentalement du même état de fait. S'il présente l'intérêt d'émaner du médecin traitant de la recourante, ayant de ce fait un suivi de l'état de santé de cette dernière sur deux ans, l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ n'apporte pas d'éléments nouveaux décisifs concernant la capacité de travail de la recourante dans une activité professionnelle adaptée, par rapport à ceux que le Dr H\_\_\_\_\_ a retenus. Contrairement à ce que la recourante a prétendu, le Dr H\_\_\_\_\_ a pris en compte l'ostéoporose dont elle souffre (ainsi que l'a d'ailleurs confirmé le Dr E\_\_\_\_\_), et son rapport d'expertise satisfait aux exigences jurisprudentielles, en particulier contient une anamnèse détaillée, indique les constatations objectives de l'expert, fait état des examens radiologiques effectués, pose les diagnostics, procède à une appréciation soigneuse du cas, et comporte des conclusions sérieusement motivées. Aussi l'avis du médecin traitant ne devrait-il a priori pas, en l'espèce, se voir reconnaître un poids moindre que celui dudit expert. 9. a) Les limitations fonctionnelles admises par les médecins, décrites de façon plus concrète par le Dr E\_\_\_\_\_, réduisent sérieusement les possibilités réalistes de la recourante de retrouver un emploi. Cet argument n'est certes en soi pas décisif, mais il s'y ajoute en l'espèce notamment la considération liée à l'âge de la recourante, qui avait 62 ans lorsque l'expert précité a rendu son rapport d'expertise et 63 ans lorsque l'OAI a rendu la décision attaquée. b) Or, lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Pour évaluer l'invalidité, il y a lieu de se demander si la personne atteinte dans sa santé pourrait encore exploiter économiquement sa capacité de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293), toutefois sans se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPG,

lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989). Comme le Tribunal fédéral l'a relevé dans un arrêt récent (9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2), lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (cf. arrêt 9C\_695/2010 du 15 mars 2011 consid. 5). Le moment déterminant correspond à celui où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3 p. 459). c) En l'espèce, une estimation purement médicale de la capacité de travail de la recourante n'est pas décisive. En définitive, qu'il faille préférer, du point de vue médical, l'appréciation du Dr H\_\_\_\_\_ (soit une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles retenues) ou celle du Dr E\_\_\_\_\_ (retenant une capacité de travail résiduelle de 30 % dans une activité adaptée), il importe d'abord de prendre acte du fait que, de façon unanime, il est admis que la recourante avait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle d'aide-soignante, puis de constater que la conjonction de ses limitations fonctionnelles, de son âge et de sa situation sociale rendent illusoire la possibilité de trouver concrètement un emploi dans une activité adaptée. On ne voit pas qu'un employeur potentiel consentirait objectivement à engager la recourante dans de telles conditions. La chambre de céans retient ainsi que l'office intimé ne pouvait pas exiger de la recourante que notamment à son âge - 63 ans lorsqu'il a rendu la décision attaquée - elle change d'activité professionnelle. Il devait retenir que sa capacité de travail était également nulle dans une activité adaptée, comme dans son activité habituelle. d) Cette conclusion doit s'appliquer à la sphère professionnelle de la recourante, soit à un 80 % d'activité professionnelle. Son degré d'invalidité afférent à ladite sphère est donc de 80 %. L'addition des deux taux d'invalidité pertinents, à savoir 80 % pour la sphère professionnelle et 2,8 % pour la sphère ménagère, donne un résultat de 82,8 %. Le résultat exact du calcul doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3, modifiant la jurisprudence publiée aux ATF 127 V 129, consid. 3). Le degré d'invalidité à retenir en l'espèce est donc de 83 %. Il ouvre le droit à une rente entière d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). e) En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPG) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPG) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPG. La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI). La recourante

est en arrêt de travail total depuis le 3 janvier 2012, présentant depuis lors, de façon incontestée, une incapacité de travail de 100 %. Elle a présenté sa demande de prestations le 16 février 2012. Elle doit être reconnue invalide à 83 % au plus tard dès le 31 juillet 2012. Son droit à la rente remonte donc, en l'occurrence, au premier jour du mois au cours duquel elle s'est trouvée en incapacité (en l'espèce totale) de travail depuis une année (en l'espèce sans interruption), soit au 1<sup>er</sup> janvier 2013. f) Aussi le recours doit-il être admis et le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité être reconnu dès le 1<sup>er</sup> janvier 2013. Il appartiendra à l'office intimé de calculer le montant de la rente due à la recourante. La cause lui sera renvoyée à cette fin. 10. a) En dérogation à la règle générale voulant que la procédure devant la chambre de céans soit gratuite, sous réserve de la possibilité de mettre des émoluments de justice et les frais de procédure à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté (art. 61 let. a LPGA ; art. 89H al. 1 LPA), l'art. 69 al. 1bis LAI prévoit que la procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal cantonal des assurances [soit, dans le canton de Genève, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (art. 134 al. 1 let. a ch. 2 LOJ)] soit soumise à des frais de justice, le montant des frais susceptible d'être mis à la charge des parties dans une telle procédure devant se situer entre CHF 200.- et CHF 1'000.-, indépendamment de la valeur litigieuse (cf. aussi art. 89H al. 4 LPA). Vu l'admission du recours, un émolument de CHF 400.- sera mis à la charge de l'office intimé. b) Un recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais et dépens dans la mesure fixée par le tribunal; leur montant est déterminé sans égard à la valeur litigieuse d'après l'importance et la complexité du litige [art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE - E 5 10); art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 (RFPA - E 5 10.03)]. L'autorité cantonale chargée de fixer l'indemnité de dépens jouit d'un large pouvoir d'appréciation (ATF 111 V 49 consid. 4a ; ATF 110 V 365 consid. 3c). En l'espèce, l'indemnité de procédure qui sera allouée à la recourante, qui obtient gain de cause, sera arrêtée à CHF 3'500.-. **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.