

# **GE\_GERICHTE A/377/2017 vom 7. Dezember 2017**

GE Cour de justice, 2017-12-07, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_377\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_377_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/377/2017 du 7 décembre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/377/2017 del 7 dicembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

### **E. 2**

Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

### **E. 3**

Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011,

consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

10. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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).<sup>11</sup> 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).<sup>12</sup> Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). À teneur de l'art. 59 al. 2 et 2bis LAI, les services médicaux régionaux (SMR) interdisciplinaires sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGA, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. Fondé sur les données de son service médical, l'office AI sera en mesure de déterminer les prestations à allouer, lesquelles doivent reposer sur des rapports médicaux satisfaisant aux exigences d'une qualité probante (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1063/2009 du 22 janvier 2010 consid. 4.2.3). Pour effectuer leurs tâches, les SMR peuvent se prononcer sur dossier (art. 59 al. 2 bis LAI et 49 al. 1 RAI) ou examiner les assurés au sein du SMR (art. 49 al. 2 RAI). L'art. 44 LPGA prévoyant les conditions de mise en œuvre d'une expertise externe indépendante ne s'applique pas aux examens médicaux réalisés par les SMR (ATF 135 V 254 consid. 3.4). Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de

procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt 8C\_408/2014 et 8C\_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2). À noter, dans ce contexte, que le simple fait qu'un avis médical divergent - même émanant d'un spécialiste - ait été produit ne suffit pas à lui seul à remettre en cause la valeur probante d'un rapport médical (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 365/06 du 26 janvier 2007 consid. 4.1). 12. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 13. En l'occurrence, l'intimé a conclu, en se fondant sur le rapport d'examen du SMR, à une capacité de travail entière dans une activité adaptée depuis novembre 2013, ce que l'intéressée conteste. Dans leur rapport du 20 mai 2016, les Drs J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, spécialistes auprès du SMR, ont retenu, à titre de diagnostics influençant la capacité de travail : des rachialgies, une discrète coxarthrose gauche débutante, un syndrome rotulien gauche et une ostéoporose axiale avec ostéopénie périphérique, dont ils ont admis qu'ils entraînaient des limitations fonctionnelles, soit la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout, d'éviter le soulèvement régulier de charges, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, l'exposition à des vibrations, les gémissements répétés, l'utilisation d'escabeaux, échelles ou escaliers, la marche en terrain irrégulier, le travail en hauteur, le maintien de la position debout plus de 30 minutes et la marche plus de 20 minutes. Les médecins ont estimé que la recourante avait malgré tout conservé une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le 13 novembre 2013. La Cour de céans constate que ce rapport d'examen répond aux critères jurisprudentiels pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Ce document se fonde en effet sur toutes les pièces du dossier, relate les plaintes de la recourante, comprend des anamnèses détaillées et les conclusions des examinateurs, dûment motivées et convaincantes, reposent sur des investigations approfondies. La recourante conteste les conclusions des examinateurs en soutenant qu'elle souffre d'une atteinte psychique ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Elle se réfère pour cela à un avis de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 24 février 2017. Sur le plan psychique, le Dr K\_\_\_\_\_ a expliqué que l'examen objectivait un trouble anxieux. La recourante était globalement détendue et souriante, mais par moments elle présentait une très discrète anxiété. Ce trouble n'avait jamais présenté de caractère incapacitant et était en voie de rémission depuis le nouveau traitement introduit par la Dresse L\_\_\_\_\_. Sa survenue était à mettre en relation avec l'accumulation de la fatigue secondaire aux troubles du sommeil dus aux douleurs. Par ailleurs, l'examineur a indiqué qu'au status, aucun trouble de l'humeur n'était objectivé ; les trois critères majeurs de la dépression étaient absents. En effet, il n'y avait ni abaissement de l'humeur, ni diminution de l'intérêt et du plaisir, ni franche réduction de l'énergie. La confiance en soi était fluctuante, mais tous les autres critères mineurs de la dépression étaient absents : pas de diminution de la concentration et de l'attention, pas d'idées de dévalorisation ou de

culpabilité, pas d'attitude morose et pessimiste, pas d'idéation suicidaire, ni de perturbation du sommeil d'origine dépressive, ni de diminution de l'appétit. Enfin, tous les symptômes somatiques de la dépression étaient absents, hormis une diminution marquée de la libido. En conclusion, il n'y avait pas de diagnostic psychiatrique incapacitant. La Cour de céans rappelle que lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, il faut, pour la contester, faire état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'examen et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. En d'autres termes, il faut faire état d'éléments objectifs précis qui justifieraient, d'un point de vue médical, d'envisager la situation selon une perspective différente ou, à tout le moins, la mise en œuvre d'un complément d'instruction (voir notamment l'arrêt du Tribunal fédéral 9C\_618/2014 du 9 janvier 2015 consid. 6.2.3). Or, l'appréciation de la Dresse L\_\_\_\_\_ du 24 février 2017 ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. En effet, ce médecin, qui suit la recourante depuis mars 2016, retient un trouble neuropsychiatrique se traduisant par des troubles du sommeil, des difficultés de concentration, une diminution de la mémoire, des angoisses, une humeur dépressive avec défenses hypomanes, une fatigabilité et une absence de libido. Or, ce diagnostic ne figure pas dans la CIM-10. De plus, la Dresse L\_\_\_\_\_ se contente de relater les plaintes de sa patiente, sans donner aucune indication quant à ses propres constatations cliniques. En outre, il apparaît que la recourante n'est suivie qu'à raison d'une séance par mois, ce qui parle contre une pathologie psychiatrique sévère. Par conséquent, il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation motivée du Dr K\_\_\_\_\_ au profit de l'avis peu convaincant de la Dresse L\_\_\_\_\_. La recourante soutient également que c'est à tort que les examinateurs du SMR ont retenu que sa capacité de travail est entière dans une activité adaptée. Les conclusions des examinateurs et du médecin traitant, le Dr D\_\_\_\_\_ selon lequel la capacité de travail de la recourante est nulle dans toute activité (rapport du 23 septembre 2016) - divergent effectivement. Cela étant, à la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il n'apparaît pas que les examinateurs ont ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. En effet, les éléments évoqués par les Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ ont été pris en compte par les spécialistes du SMR. Ils ont notamment indiqué qu'au plan rachidien, des troubles statiques du rachis étaient relevés, avec une hernie discale, une lipomatose épidurale et des kystes péri-radiculaires. Il existait également un syndrome rotulien gauche. Des douleurs à la palpation des 14 points de Smythe sur 18 étaient relevées, ce qui permettait de confirmer le diagnostic de fibromyalgie posé par le Dr E\_\_\_\_\_. Les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles statiques et dégénératifs du rachis et une coxarthrose gauche. La recourante présentait une ostéoporose et une ostéopénie avec un risque fracturaire augmenté ainsi que des troubles dégénératifs au niveau de l'articulation acromio-claviculaire gauche et une bursite sous-acromiale. Les épreuves de périarthrite scapulo-humérale étaient cependant négatives. Au vu des diagnostics posés, les examinateurs ont retenu des limitations fonctionnelles, dont ils ont admis qu'elles n'étaient pas respectées dans l'activité habituelle d'aide de cuisine et de serveuse polyvalente. Ils ont en revanche considéré que, dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles requises par la pathologie ostéoarticulaire, la capacité de travail était entière, expliquant qu'il n'y avait aucune raison biomécanique à attester une incapacité de travail dans une activité adaptée, étant donné que la tolérance à la position assise en cours d'entretien avait été bonne. Quant au Dr D\_\_\_\_\_, il se contente, dans son rapport du 23 septembre 2016, de qualifier l'incapacité de travail de sa patiente de totale dans toute activité, sans apporter de véritable

motivation, hormis le fait que les douleurs articulaires la gênent. Partant, l'avis divergent du Dr D\_\_\_\_\_ concernant la capacité de travail de la recourante n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute les conclusions des examinateurs, d'autant plus qu'hormis ce médecin, aucun autre médecin ayant examiné la recourante ne considère que les atteintes somatiques de la recourante auraient une répercussion dans l'exercice d'une activité adaptée. La recourante soutient également que la fibromyalgie dont elle souffre a une répercussion sur sa capacité de travail. À cet égard, elle fait valoir que les nouveaux critères jurisprudentiels n'ont pas été appliqués par les examinateurs. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, on relèvera que les examinateurs se sont prononcés sur le caractère invalidant de la fibromyalgie compte tenu des nouveaux critères détaillés à l'ATF 141 V 281, rendu le 3 juin 2015, soit postérieurement à la réalisation de leur examen. S'agissant du degré de gravité fonctionnelle de l'atteinte à la santé, ils ont estimé que la fibromyalgie n'entraînait aucune limitation fonctionnelle. Ils ont par ailleurs relevé l'absence de motif d'exclusion et le traitement administré sur le plan somatique avait été conduit dans les règles de l'art. Les médecins ont déploré que la recourante n'ait pas bénéficié de physiothérapie active dans le cadre de la physiothérapie à sec. Par ailleurs, bien que la recourante se plaigne de douleurs généralisées, ils ont relevé qu'elle ne prenait du Dafalgan qu'en réserve. Sur le plan psychiatrique, la recourante avait eu recours à un antidépresseur pour améliorer les troubles du sommeil. Depuis mars 2016, elle était prise en charge par un psychiatre, qui avait prescrit un nouveau traitement, grâce auquel la recourante dormait très bien et se sentait moins fatiguée. L'adhésion à la thérapie était bonne et le traitement était également conduit lege artis. Par ailleurs, des mesures de réadaptation étaient raisonnablement exigibles sur le plan somatique et psychique. En outre, il n'y avait pas de comorbidité psychique privant la recourante de certaines ressources. En effet, la très discrète anxiété constatée par les examinateurs, qui était en voie de rémission, ne répondait pas au diagnostic d'anxiété généralisée et la recourante ne présentait aucun trouble de l'humeur. La recourante avait conservé ses ressources personnelles et une certaine autonomie. En effet, la description de sa vie quotidienne démontrait que la recourante faisait son ménage avec sa fille, les courses et les repas avec son mari. Elle avait conservé plusieurs centres d'intérêt, elle regardait la télévision, lisait, se promenait, aimait jouer avec les chiens et rencontrait sa famille. Enfin, il existait une incohérence : si la recourante se plaignait de douleurs généralisées importantes, la tolérance à la position assise avait été en revanche bonne en cours d'entretien. Compte tenu de ce qui précède, le rapport d'examen permet de retenir, en application de la nouvelle jurisprudence, l'absence de caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre la recourante. Au demeurant, on relèvera que le Dr E\_\_\_\_\_, rhumatologue traitant, a également estimé que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 23 mars 2014). Au vu de ce qui précède, force est de constater que les conclusions des examinateurs ne sont remises en doute par aucun document et rien ne justifie de s'en écarter. Partant, la Cour de céans fera siennes les conclusions de l'examen bidisciplinaire du SMR concernant l'état de santé de la recourante, soit une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle dès novembre 2013, mais préservée s'agissant d'une activité adaptée. 14. Il convient à présent de se prononcer sur le taux d'invalidité. 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%. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en

les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1 ; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'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). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Le juge ne peut dès lors pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2). 15. a. En l'occurrence, le droit éventuel à une rente d'invalidité s'est ouvert en 2014, de sorte que la comparaison des salaires doit se faire au regard de cette année-là. S'agissant du salaire annuel sans invalidité que la recourante aurait pu obtenir en 2014, c'est à juste titre que l'intimé a retenu CHF 51'936.- sur la base des informations fournies par l'employeur le 19 février 2014. Au demeurant, la recourante ne le conteste pas. S'agissant du salaire avec invalidité, si l'on se réfère à l'ESS 2014, le salaire de référence est celui des femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé pour un niveau de qualification 1 (T1\_tirage\_skill\_level), soit CHF 4'300.- x 12 mois, soit CHF 51'600.- par an. Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de

travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée inférieure à la moyenne en 2014 (41,7 heures hebdomadaires selon l'Office fédéral de la statistique), ce montant doit être porté à CHF 53'793.- (51'600 x 41.7 / 40). b. Par ailleurs, il est notoire que les personnes atteintes dans leur santé, qui présentent des limitations même pour accomplir des activités légères, sont désavantagées sur le plan de la rémunération par rapport aux travailleurs jouissant d'une pleine capacité de travail et pouvant être engagés comme tels ; ces personnes doivent généralement compter sur des salaires inférieurs à la moyenne (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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). Dans un arrêt 9C\_677/2015 du 25 janvier 2016, le Tribunal fédéral a ainsi jugé qu'un abattement de 15% se justifiait, vu la nature des limitations fonctionnelles présentées par l'intéressé (pas de mouvement en porte-à-faux, pas de charges de plus de 10 kg, pas de mouvements répétitifs du rachis, alternance des positions debout et assis), lequel était, en outre, âgé de 54 ans et avait été absent de façon prolongée du marché du travail. Seules des concessions salariales sensibles pourraient compenser cet état de fait et permettre à l'intéressé d'être compétitif sur le marché du travail. Dans un arrêt 8C\_311/2015 du 22 janvier 2016, le Tribunal fédéral a en revanche estimé qu'un taux de 10% tenait suffisamment compte de l'âge de l'assuré (près de 55 ans au moment de la comparaison des revenus) et de ses limitations fonctionnelles. Il a relevé qu'un abattement plus élevé n'était pas indiqué, dès lors qu'il n'y avait pas lieu de retenir des problèmes particuliers d'adaptation. Par ailleurs, on ne pouvait prendre en compte des difficultés linguistiques dans le cas d'un assuré arrivé en Suisse en 1981 et y ayant vécu de nombreuses années. Quant à l'absence de formation professionnelle certifiée et à la scolarité limitée, le Tribunal fédéral a rappelé que ce défaut n'avait pas entravé l'assuré dans ses recherches d'emploi avant d'être atteint dans sa santé. Enfin, 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). c. En l'occurrence, l'intimé a retenu un abattement de 15% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assurée et du fait que seule une activité légère est désormais possible. Dans son recours, la recourante soutient, sans autre motivation, que ce taux d'abattement ne tient pas compte de sa situation globale. La Cour de céans constate qu'en 2014, année de l'ouverture du droit à la rente, la recourante, de nationalité suisse et bénéficiant d'un taux d'occupation de 100%, était âgée de 56 ans et rencontrait un certain nombre de limitations fonctionnelles. Si la recourante a certes toujours travaillé dans le domaine de la restauration, il n'en demeure pas moins que lorsque l'incapacité de travail durable est survenue, elle n'était salariée auprès de son employeur que depuis deux ans. En outre, la recourante a fait preuve d'une grande capacité d'adaptation dans la mesure où elle a fréquemment changé d'entreprise et s'est pliée à de nouvelles contraintes émanant d'employeurs différents (cf. curriculum vitae, pièce 13 chargé intimé). Compte tenu du contexte personnel et professionnel de la recourante, la Cour de céans est d'avis que l'abattement de 15% retenu est conforme aux principes et à la jurisprudence susmentionnée. Le revenu d'invalidité en 2014 est par conséquent de CHF 45'724.- (53'793.- - 8'068.95). Comparé au revenu sans invalidité de CHF 51'936.-, il en résulte un taux d'invalidité de 11.96 % ( $(51'936 - 45'724.) : 51'936. \times 100$ ), arrondi à 12% (ATF 130 V 121 consid. 3.2). Force est ainsi de constater que le calcul auquel a procédé l'intimé pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante ne prête pas le flanc à la critique. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-. **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.