

GE_GERICHTE A/406/2015 vom 15. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_406_2015

FR: GE_GERICHTE A/406/2015 du 15 septembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/406/2015 del 15 settembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 15.09.2015 A/406/2015

A/406/2015 ATAS/690/2015 du 15.09.2015 (AI), REJETE En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/406/2015 ATAS/690/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 15 septembre 2015 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître ABDELLI Imed recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____, née le _____ 1959, exploitait un salon de coiffure, en tant qu'associée de la société « Coiffure B_____ » Sàrl depuis 1988. Elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) le 10 juin 2013. 2. L'assurée a subi une intervention le 2 octobre 2009. Dans leurs compte-rendu opératoire du 13 octobre 2009 et rapport du 14 octobre 2009, les docteurs C_____ et D_____, du service de neurochirurgie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), ont indiqué que l'assurée souffrait d'une volumineuse hernie discale C6-C7 postéro-latérale gauche migrée en rétro-corporéal C7 gauche, depuis plusieurs mois, soit depuis avril 2009. Les médecins ont expliqué que « les suites post-opératoires immédiates sont aussi bonnes. En post-opératoire, l'assurée décrit une diminution des douleurs dans le même territoire qu'en pré-opératoire, mais persistance de celles-ci avec également apparition de douleurs rétro-sternales et interscapulaires. Un bilan par ECG et de laboratoire exclut toute origine cardiaque et nous lui expliquons que des douleurs similaires peuvent être aussi dues à la voie d'abord, notamment lors de l'écartement de l'œsophage. Le status neurologique post-opératoire est inchangé, pas de trouble de la déglutition ni de la phonation. Nous signalons que la patiente a tendance à la plainte notamment de ses douleurs un peu diffuses et au niveau local de la plaie qui reste par ailleurs sans particularité ». Ils ont indiqué que l'incapacité de travail était de 100% depuis le 1 er octobre 2009 jusqu'au prochain contrôle. 3. Par courrier du 27 février 2013 adressé au Dr E_____, la doctoresse F_____, neurologue FMH, a indiqué que « l'examen clinique neurologique met en évidence un syndrome cervical aigu, ainsi que des douleurs lors de la mobilisation du membre supérieur gauche qui est très algique. Le testing musculaire est impossible à interpréter compte tenu des douleurs avec importante faiblesse au niveau de la musculature intrinsèque de la main gauche ainsi que du fléchisseur commun profond des doigts à gauche destiné aux deux derniers doigts mais probable lâchage antalgique. L'examen révèle une dysesthésie au toucher-piquer du bord interne de la main gauche mais également, dans une moindre mesure, de la face interne de l'avant-bras gauche. L'examen révèle encore un tincl positif au niveau de la gouttière épitrochléo-olécrânienne gauche. L'examen électroneuromyographique n'apporte pas d'arguments en faveur d'une neuropathie ulnaire au coude gauche. L'examen révèle des

signes de dénervation-réinnervation chronique ancienne dans le myotome C7 gauche non retrouvés dans les myotomes C8-D1 gauches. La patiente souffre surtout d'un syndrome douloureux chronique au membre supérieur gauche. Je pense qu'il faut miser sur le traitement de physiothérapie et éventuellement reprendre des séances d'ergothérapie.

(...) ». 4. Dans un rapport du 30 juillet 2013, le docteur E_____, médecin traitant, chirurgien orthopédique, a retenu à titre de diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail un syndrome douloureux du membre supérieur gauche depuis 2009, et à titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail des douleurs thoraciques depuis 2009. Il déclare que la capacité de travail exigible dans l'activité de coiffeuse indépendante est nulle, et à la question de savoir si sa patiente pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, il se borne à répondre en posant une nouvelle question : quelle activité ? Il décrit ces limitations fonctionnelles ainsi : - pas de position assise - ne pas se pencher - ne pas travailler avec les bras au-dessus de la tête - pas de rotation en position assise/debout - ne pas soulever, ne pas porter - ne pas monter sur une échelle/un échafaudage - pas de flexion de la nuque Il précise enfin que les incapacités de travail depuis 2009 ont évolué de manière fluctuante (multiples arrêts de travail à taux variables).

5. Le 7 août 2013, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure d'intervention précoce ni mesure de réadaptation professionnelle n'étaient actuellement envisageables.

6. Par courrier du 23 décembre 2013, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas repris d'activité et qu'elle se rendait toutes les semaines chez des médecins, y compris chez un psychiatre.

7. Le 22 janvier 2014, le Dr E_____ a constaté que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis deux mois en raison de séquelles de la cure chirurgicale sur la hernie discale C6-C7 opérée en 2009. Les incapacités de travail justifiées médicalement dans son activité habituelle avaient évolué défavorablement, sans reprise durable possible de l'activité. Le médecin considère par ailleurs qu'il n'y a pas d'activité adaptée possible dans le domaine de la coiffure. Il précise à cet égard que sa patiente présente une inaptitude à travailler en abduction prolongée de l'épaule gauche. Le pronostic est défavorable. La compliance est optimale. Il ajoute que la patiente envisage la vente de son salon.

8. Dans son rapport du 28 janvier 2014, le docteur G_____, psychiatre, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec des symptômes somatiques, précisant au surplus que l'état de sa patiente s'était dégradé depuis le décès de son mari en février 2012.

9. Dans un rapport du 11 février 2014, la doctoresse H_____ du Centre médical du Léman a indiqué qu'il était possible d'envisager un travail de huit heures par jour sans charge au niveau du membre supérieur gauche et surtout avec une motricité distale. Selon elle, on ne peut s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle. Le pronostic est défavorable. L'assurée est incapable de travailler à 100% comme coiffeuse depuis mai 2013. Il n'y a en revanche pas de restriction psychique.

10. Le Dr G_____ a informé l'OAI que la patiente n'était plus venue à sa consultation depuis le 11 mars 2014.

11. Le 22 mai 2014, la Dresse H_____ a confirmé à l'OAI que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis mai 2013. Celle-ci souffre d'une mobilité de la nuque limitée en rotation gauche et de difficultés pour maintenir le membre supérieur gauche dans une position supérieure à 50° de flexion/abduction.

12. Un rapport d'enquête pour activité professionnelle indépendante a été établi le 13 novembre 2014. Il en ressort que depuis juillet 2013, l'assurée n'a plus exercé d'activité professionnelle. Elle se rendait à son commerce et faisait acte de présence. Elle travaillait auparavant dans son salon, 51 heures par semaine. Le salon avait été fermé de juillet 2013 à juillet 2014. Elle ne

voulait pas qu'il soit mis en faillite. Elle a mis du temps à se faire à l'idée qu'elle ne pourrait plus reprendre d'activité et cela lui est encore difficile. Elle a fait appel à la société I_____ pour vendre son commerce. Depuis septembre 2014, elle sous-loue deux espaces pour CHF 600.- chacun. L'un à une manucure, et l'autre à une coiffeuse. Elle avait diversifié ses activités en ajoutant une cabine de solarium, ce qui lui avait permis d'augmenter ses revenus sans lui demander un investissement en temps supplémentaire. La cabine de solarium est toujours en fonction, mais ne lui rapporte que peu d'argent. C'est son époux qui se chargeait de toutes les tâches administratives du salon de coiffure. Il résulte de l'extrait de comptes individuels que l'assurée a versé la cotisation minimale depuis l'année 2008. Il n'y a plus de cotisations enregistrées dès 2010. Elle a déclaré des revenus peu élevés en tant qu'indépendante entre 2005 et 2007. L'enquêtrice a constaté que les recettes du solarium étaient faibles. Selon l'assurée, l'appareil serait tombé en panne en début d'année 2013 et elle ne l'aurait fait réparer qu'en début d'année 2014. En 2012, elle a diminué son temps de travail en raison du décès de son époux. Selon l'enquêtrice, « le chiffre d'affaires déclaré sur les comptes d'exploitation semble peu élevé pour une personne travaillant à raison de 51 heures par semaine. Cela représenterait une à deux clientes par jour ou le travail d'une personne exerçant à moins de 50%. Le chiffre d'affaires moyen des années 2008 à 2011 est de CHF 33'680.-. Le loyer annuel du salon est d'environ CHF 21'000.-. Il est clair qu'au vu d'un chiffre d'affaires bas, toute variation, même faible, au niveau des charges, peut avoir une importance sur le résultat de l'entreprise. Au vu des comptes en notre possession, il y a lieu de constater qu'elle a dégagé un revenu annuel moyen de CHF 8'772.- entre les années 2008 à 2011 ». L'enquêtrice s'est dès lors référée aux données salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires dans l'activité de coiffeuse en tenant compte d'un niveau 4, année 2010, ce qui donne CHF 48'324.- à titre de revenu sans invalidité en 2013. Sachant que la capacité de travail résiduelle exigible dans une activité adaptée est de 100% dès juillet 2013, l'enquêtrice s'est fondée sur les ESS, soit sur un revenu brut avec invalidité de CHF 54'139.-, auquel elle a déduit 10%, ce qui donne CHF 48'725.- en 2013 (54'139 – 10%). Aussi le degré d'invalidité est-il nul. 13. L'OAI a transmis à l'assurée le 1^{er} décembre 2014 un projet de décision selon lequel son degré d'invalidité est nul, de sorte qu'elle n'a droit à aucune prestation AI. 14. Le 4 décembre 2014, la Dresse H_____ a adressé à l'OAI un certificat selon lequel, « l'assurée est connue pour un syndrome douloureux chronique du membre supérieur gauche sous dénervation chronique ancienne dans le myotome C7 après une cure chirurgicale d'une hernie discale C6-C7 opérée en octobre 2009. Elle a continué à travailler comme coiffeuse, sollicitant ainsi beaucoup ses membres supérieurs. De façon récurrente depuis l'intervention, elle présente des crises douloureuses avec paresthésies et hypoesthésies de la main gauche associée à une faiblesse de la pince pouce-index et souffre également des douleurs de type de capsulite sur l'épaule gauche rendant son activité de coiffeuse indépendante impossible. L'assurée présente des crises de cervico-brachialgies aiguës avec d'abord l'apparition d'un déficit sensitivomoteur du membre supérieur gauche. L'IRM cervicale réalisée met en évidence un status post discectomie C5-C7 sans indication opératoire suite à la consultation du Dr C_____ aux HUG qui avait déjà opéré la patiente. L'assurée en raison de son handicap, présente également un syndrome somatoforme chronique avec signes de dépression et une forte décompensation psychologique. (...) En tant que médecin traitant de l'assurée, j'estime qu'elle n'est pas en mesure d'exercer son activité de coiffeuse et qu'il lui est nécessaire de recevoir une rente d'invalidité ». 15. Par décision du 5 janvier 2015, l'OAI a confirmé son

projet de décision.![endif]>![if> 16. L'assurée, représentée par Me Imed ABDELLI, a interjeté recours le 6 février 2015 contre ladite décision. Elle reproche à l'OAI de s'être contenté des conclusions sommaires et non motivées d'une enquête économique « bâclée en une seule journée », ce malgré les atteintes à la santé dont elle souffre. Elle relève que, tant du point de vue médical (suivi médical lourd), qu'au vu de son âge, les chances de réintégration sur le marché du travail sont nulles. Elle considère que l'enquête économique du 13 novembre 2014 n'a pas valeur probante. Elle ne comprend pas pour quelle raison, alors que l'enquêtrice a pris note de ce qu'elle souffrait de plusieurs atteintes (perte de mémoire, hernie discale, nuque et bras gauche douloureux depuis 2009 pour le moins, cécité complète à l'œil gauche depuis plus de trente ans nécessitant le port d'une coque oculaire, quatre vis dans la nuque, le fait qu'elle ait besoin de son fils et de sa sœur pour les tâches ménagères), aucune demande complémentaire de pièces ou de renseignements ne lui a été adressée. Elle ne comprend pas non plus pourquoi l'enquêtrice a conclu qu'il convenait de se fonder sur l'enquête suisse sur la structure des salaires pour établir son revenu sans invalidité. L'OAI ne devait pas se contenter « de prendre pour pertinents seulement les résultats des bilans de l'entreprise fréquemment établis par les fiduciaires selon des considérations fiscales voulant faire croire que la recourante vivait elle et sa famille du bénéfice net de l'exercice, oubliant au passage qu'une bonne partie des revenus est absorbée chez les indépendants par les charges qui comprennent à la fois les charges professionnelles et personnelles dans ce type d'entreprise. L'OAI avait pourtant un autre critère relevé dans l'enquête, à savoir le temps de travail par semaine jusqu'en 2009, soit 51 heures par semaine ».![endif]>![if> Elle reproche à l'OAI de n'avoir pas tenu compte du marché actuel de l'emploi et de n'avoir même pas envisagé le droit à un reclassement professionnel, se contentant d'évoquer la possibilité pour elle d'exercer des activités adaptées. Or, il va de soi qu'elle a droit à une rente entière, « car son incapacité de travail est totale et dans toute activité, car on voit mal, à son âge, avec un côté gauche totalement non fonctionnel, quel type d'activité elle puisse exercer ». Elle conclut, préalablement, à l'audition des parties et de témoins, principalement, à l'annulation de la décision du 5 janvier 2015 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, à la prise en charge de mesures de reclassement professionnel sur la base d'une expertise et au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction, comprenant plus particulièrement la mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire. 17. Invité à se déterminer sur les nouveaux documents médicaux produits par l'assurée, soit les rapports de la Dresse H_____ du 22 janvier 2015 et du docteur J_____ du 2 février 2015, ainsi que les certificats d'incapacité de travail du 1^{er} mai 2013 au 31 janvier 2015, le médecin du SMR a dans une note du 27 février 2015 considéré que les nouveaux éléments médicaux reçus confirmaient que les atteintes à la santé ne permettaient plus l'ancienne activité, mais bel et bien une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles à 100%.![endif]>![if> 18. Dans sa réponse du 20 mars 2015, l'OAI se réfère à l'avis du SMR et explique à nouveau les raisons pour lesquelles il a tenu compte des chiffres ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires pour établir le revenu sans invalidité. Il relève à cet égard que le montant retenu de CHF 48'324.- est plus avantageux pour l'assurée.![endif]>![if> Il rappelle que lorsque l'entreprise est modeste et que son patron y exerce toutes les tâches, une réorganisation n'est pas envisageable et ne permet pas à l'assuré de conserver son entreprise, de se réadapter au sein de celle-là et corolairement de respecter l'important investissement qu'est celui d'un indépendant. Ainsi si l'activité résiduelle au sein de l'entreprise ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celle-ci peut être tenue d'y

mettre un terme au profit d'une activité salariée plus lucrative. Il conclut au rejet du recours.

19. Le 22 mai 2015, l'assurée produit quatre témoignages écrits émanant respectivement d'une amie, de ses sœurs et de son fils, lesquels décrivent plus particulièrement son quotidien. Elle a également joint à ses écritures un rapport établi par le docteur K_____, gastroentérologue, le 16 avril 2015, selon lequel elle souffre d'une hernie hiatale avec signes de reflux mineurs et d'une gastrite modérée du corps gastrique et de l'antrum, ainsi qu'un résumé de séjour du 19 mars 2015 établi par le service des urgences des HUG. Il est relevé de la tristesse (« a vu son psy ce jour, a eu du mal à lui exprimer son mal-être »). Il est conclu à l'absence de critères de gravité clinique ou biologique ce jour.!

Elle conteste avoir une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations et se réfère à cet égard à l'avis de la Dre H_____. Vu la contradiction entre l'avis du SMR et celui du médecin traitant, elle considère qu'une expertise médicale multidisciplinaire s'impose. Elle est par ailleurs choquée par le fait que l'OAI n'ait même pas envisagé son droit à un reclassement professionnel. Elle critique la façon dont l'OAI a établi son revenu sans invalidité, précisant au surplus que la période 2008 à 2013 retenue pour apprécier les revenus de son salon de coiffure n'était pas adéquate, dès lors que les problèmes de santé ont commencé dès l'année 2009, voire un peu avant, ce malgré le nombre d'heures élevé durant lequel elle travaillait par semaine. Elle reproche à l'OAI d'avoir renoncé à la méthode dite extraordinaire pour évaluer sa perte de gain. Elle considère qu'elle n'a aucune chance, vu son âge et son état de santé, de réaliser le revenu retenu par l'OAI de CHF 48'324.-. Elle conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité depuis le dépôt de la requête et la prise en charge, le cas échéant, de mesures de reclassement professionnel, étant rappelé qu'elle souhaite, préalablement, l'ouverture d'enquêtes pour que soient entendus divers témoins et spécialistes, ainsi qu'une expertise médicale judiciaire.

20. Dans sa duplique du 18 juin 2015, l'OAI, considérant que l'assurée n'apportait pas d'élément permettant de modifier son appréciation des faits, a persisté intégralement dans ses conclusions.!

21. Ce courrier a été transmis à l'assurée, et la cause 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. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.!

3. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans 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).!

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI, singulièrement sur sa capacité de travail dans une activité adaptée.!

6. 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). Selon 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 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 (al 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière 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). En vertu de l'art 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA).

7. a) Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui, pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit être examiné au regard de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4a p. 28 et les références).

b) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à la santé (arrêt 9C_580/2007 du 17 juin 2008 consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances, de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée plus lucrative (arrêt I 840/81 du 26 avril 1982, in RCC 1983 p. 246; voir également arrêt 8C_748/2008 du 10 juin 2009 consid. 4).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer

quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).> Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 9. a) 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).

b) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, ils doivent mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; ATF non publié I 751/03 du 19 mars 2004, consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela implique que les instances cantonales ne sauraient déléguer cette compétence à l'administration sans motif valable (même arrêt, consid. 4.4.1.1). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas instruit du tout un point médical ou lorsqu'il s'agit d'un éclaircissement ou d'une précision ou d'un complément d'une expertise (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 in fine et les références).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst ; RS 101; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

10. En l'espèce, il n'est pas contesté que l'assurée ne peut plus travailler comme coiffeuse indépendante. Reste à déterminer si elle peut exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, soit dans une activité sans travail en abduction ou élévation du bras gauche, sans travail sollicitant la motricité distale du membre supérieur gauche, et sans port de charges sollicitant le membre supérieur gauche, et le cas échéant, à quel taux, étant rappelé que l'OAI a considéré que sa capacité de travail dans une telle activité était entière dès juillet 2013.

11. Il y a lieu d'examiner, pour ce faire, les rapports médicaux à disposition.

a) Le Dr E_____ s'est borné, dans son rapport du 30 juillet 2013, à répondre à la question de savoir si sa patiente pourrait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, en posant une nouvelle question, soit : « quelle activité ? ». Il ne se prononce pas davantage sur la capacité de travail de sa patiente dans une activité adaptée dans son rapport du 22 janvier 2014. Il se borne à confirmer l'incapacité entière de travail dans l'activité de coiffeuse. Le 11 février 2014, la Dresse H_____ indique quant à elle qu'il est possible d'envisager un travail de huit heures par jour sans charge au niveau du membre supérieur gauche et surtout avec une motricité distale. Le 22 mai 2014, elle

confirme qu'il n'y a pas d'incapacité de travail dans une activité adaptée. Le 4 décembre 2014, elle rappelle que l'assurée n'est pas en mesure d'exercer son activité de coiffeuse et qu'il lui est nécessaire de recevoir une rente d'invalidité. Ce n'est que le 22 janvier 2015 qu'elle atteste d'une incapacité de travail, quelle que soit l'activité envisagée, sans toutefois expliquer ce nouveau point de vue. b) Sur le plan psychiatrique, la Dresse H_____ relève le 11 février 2014 qu'il n'y a pas de restriction psychique. Le Dr G_____ confirme une capacité entière de travail dans son rapport du 28 janvier 2014. Le Dr J_____, nouveau médecin traitant psychiatre depuis le 7 janvier 2015, fait en revanche état, le 2 février 2015, d'une incapacité totale de travail. Il précise que « ce trouble dépressif est probablement en lien, d'une part, avec un deuil pathologique, suite au décès de son mari en février 2012, et, d'autre part, avec un syndrome douloureux chronique avec des limitations fonctionnelles qui l'empêchent d'exercer son métier de coiffeur et les conséquences qui s'en suivent avec notamment un sentiment d'impuissance et les difficultés financières ». Il n'explique cependant pas pour quelle raison il s'écarte de l'avis des Drs H_____ et G_____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de considérer que son appréciation suffirait à elle seule à retenir une incapacité de travail dans une activité adaptée. c) Enfin tant le rapport du Dr K_____ daté du 16 avril 2015, selon lequel elle souffre d'une hernie hiatale avec signes de reflux mineurs et d'une gastrite modérée du corps gastrique et de l'antre, que le résumé de séjour du 19 mars 2015 établi par le service des urgences des HUG, n'apportent aucun élément nouveau non plus qui permettrait de conclure à une incapacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée. Il est en effet uniquement relevé de la tristesse dans le second document (« a vu son psy ce jour, a eu du mal à lui exprimer son mal-être »), et est conclu à l'absence de critères de gravité clinique ou biologique ce jour. d) Il y a dès lors lieu de constater, au vu de ce qui précède, qu'une activité adaptée est possible à 100%. Partant, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande de l'assurée visant à l'audition de témoins ou à la mise en place d'une expertise judiciaire rhumatologique et neurologique. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est en effet superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d). e) Il convient enfin de préciser que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont on doit convenir qu'un nombre significatif est adapté aux limitations de la recourante et accessible sans aucune formation particulière. À cet égard, l'assurée n'établit pas de manière convaincante en quoi les activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations requises. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu dans ce contexte d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à l'assurée de retrouver un emploi. 12. Reste à déterminer le taux d'invalidité, en établissant tout d'abord quelle méthode de comparaison des revenus est applicable dans le cas d'espèce. 13. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (revenu sans invalidité) 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 (revenu d'invalide). 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 (ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). C'est la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA).

Lorsqu'il n'est pas possible d'établir ou d'évaluer de manière fiable les deux revenus provenant d'une activité lucrative, il faut appliquer la méthode extraordinaire d'évaluation de l'invalidité (ATF 128 V 30 consid. 1). Selon cette méthode, on commence par déterminer, sur la base d'une comparaison des activités, quel est l'empêchement provoqué par la maladie ou l'infirmité, après quoi l'on apprécie séparément les effets de cet empêchement sur la capacité de gain. Une certaine diminution de la capacité de rendement fonctionnelle peut certes, dans le cas d'une personne active, entraîner une perte de gain de la même importance, mais n'a pas nécessairement cette conséquence. Si l'on voulait, dans le cas des personnes actives, se fonder exclusivement sur le résultat de la comparaison des activités, on violerait le principe légal selon lequel l'invalidité, pour cette catégorie d'assurés, doit être déterminée d'après l'incapacité de gain (ATF 128 V 30 consid.1; ATF 104 V 136 consid. 2; VSI 1998 p. 122 consid. 2a et p. 257 consid. 2b). La méthode extraordinaire est souvent utilisée pour les indépendants, principalement ceux qui travaillent dans l'agriculture ou qui exercent un métier manuel lorsque, en raison de leur état de santé, ils se voient contraints d'abandonner l'activité qu'ils exercent à titre principal et de modifier la structure de leur exploitation par l'engagement de nouveaux collaborateurs (VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI), Schulthess, 2011, ch. 2183). En effet, selon la jurisprudence, la comparaison des résultats d'exploitation réalisés dans une entreprise artisanale avant et après la survenance de l'invalidité ne permet de tirer des conclusions valables sur la diminution de la capacité de gain due à l'invalidité que dans le cas où l'on peut exclure au degré de vraisemblance prépondérante que les résultats de l'exploitation aient été influencés par des facteurs étrangers à l'invalidité. En effet, les résultats d'exploitation d'une entreprise artisanale dépendent souvent de nombreux paramètres difficiles à apprécier, tels que la situation conjoncturelle, la concurrence, l'aide ponctuelle de membres de la famille, des personnes intéressées dans l'entreprise ou des collaborateurs. Généralement, les documents comptables ne permettent pas, en pareils cas, de distinguer la part du revenu qu'il faut attribuer à ces facteurs (étrangers à l'invalidité) et celle qui revient à la propre prestation de travail de l'assuré (VSI 2/1998 p. 122 consid. 2c; VSI 5/1998 p. 255 consid. 4a; RCC 1979, p. 228ss; ATAS 112/2009; ATAS 526/2005). Toutefois, dans les ATF non publiés 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 7.3; ATF non publié 8C_748/2008 du 10 juin 2009, consid. 4.2.2 qui concernaient tous deux des indépendants, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'activité indépendante ne permet, au recourant, de mettre à contribution qu'une faible part de sa capacité résiduelle de travail et de gain, contrairement à une activité adaptée ou le recourant bénéficie d'une pleine capacité de travail, a fortiori dans un cas où ce dernier ne soutient pas qu'il lui serait particulièrement difficile de remettre son entreprise à un tiers sans réaliser une perte importante, un changement d'activité professionnelle (fin de l'activité indépendante au bénéfice au profit d'une activité salariée plus lucrative) est raisonnablement exigible, compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut en attendre. Dans ces cas, le Tribunal fédéral a ainsi jugé que les premiers juges avaient appliqué à bon droit la méthode ordinaire de comparaison de revenus pour évaluer l'invalidité du recourant, la méthode extraordinaire ne trouvant pas application en cas de changement d'activité professionnelle du recourant. De même, l'application de la méthode

extraordinaire suppose que les conséquences de la baisse de rendement puissent être établies. Ainsi par exemple, l'invalidité ne devra pas être évaluée selon la méthode extraordinaire, mais selon la méthode de comparaison des revenus lorsque, en raison d'un changement important intervenu dans l'exploitation d'un indépendant (p.ex. cessation d'activité, vente de l'exploitation), les répercussions économiques de la baisse de rendement sur les divers champs d'activité ne peuvent plus être établies de manière réaliste. 14. Sur la base de la jurisprudence suscitée, et vu le statut d'indépendant de l'assurée, il conviendrait en principe d'appliquer la méthode extraordinaire de comparaison des revenus. Il faut toutefois examiner préalablement s'il est raisonnablement exigible de la part du recourant qu'il mette pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle dans une profession davantage adaptée à son état de santé que son activité d'indépendant, dans un marché équilibré de travail (art. 16 LPG), en d'autres termes, si un changement de statut d'indépendant à salarié est exigible de ce dernier, compte tenu de l'obligation de l'assuré de diminuer le dommage et de son âge. En effet, dans un tel cas, seule la méthode ordinaire, trouverait application. 15. a) Dans le cas d'un assuré de condition indépendante, on peut exiger, pour autant que la taille et l'organisation de son entreprise le permettent, qu'il réorganise son emploi du temps au sein de celle-ci en fonction de ses aptitudes résiduelles. Il ne faut toutefois pas perdre de vue que plus la taille de l'entreprise est petite, plus il sera difficile de parvenir à un résultat significatif sur le plan de la capacité de gain. Au regard du rôle secondaire des activités administratives et de direction au sein d'une entreprise artisanale, un transfert de tâches d'exploitation proprement dites vers des tâches de gestion ne permet en principe de compenser que de manière très limitée les répercussions économiques résultant de l'atteinte à sa santé (ATF non publié 9C_580/2007 du 17 juin 2008, consid. 5.4). Aussi, lorsque l'activité exercée au sein de l'entreprise après la survenance de l'atteinte à la santé ne met pas pleinement en valeur la capacité de travail résiduelle de l'assuré, celui-ci peut être tenu, en fonction des circonstances (âge, durée d'activité, formation, genre de l'activité exercée jusqu'alors, environnement social) d'accepter, à titre principal ou accessoire une activité salariée lorsque l'on peut en attendre une amélioration notable de la capacité de travail, le cas échéant par le biais d'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI (ATFA non publié I 643/03 du 17 août 2004, consid. 3.2). L'assuré peut ainsi être tenu de quitter son poste de travail, voire de mettre fin à son activité indépendante au profit d'une activité plus lucrative (ATF non publié 9C_236/2009 du 7 octobre 2009, consid. 4.3; ATFA non publié I 840/81 du 26 avril 1982 in RCC 1983 p. 246), ou encore d'accepter un emploi le contraignant à changer de domicile, en vertu de son obligation de réduire le dommage résultant de l'invalidité (ATF 113 V 22 consid. 4; ATF 109 V 25 consid. 3c). L'effort à consentir par l'assuré est d'autant plus important que la diminution du dommage escomptée est substantielle, l'ensemble des circonstances devant être prises en considération, conformément au principe de proportionnalité, applicable de manière générale en droit des assurances sociales (ATF 122 V 377 consid. 2b/cc; ATF 119 V 250 consid. 3a; ATF 113 V 22 consid. 4d). Cela pourra notamment être le cas lorsque l'exploitation ne permet pas de couvrir les besoins d'existence depuis des années (ATF non publié 9C_290/2009 du 25 septembre 2009, consid. 3.3.2; VALTERIO, op. cit. ch. 2144). b) Toutefois, l'âge, conjugué à d'autres facteurs personnels et professionnels, peut conduire à ce qu'il ne soit plus exigible de l'assuré, même sur le plan de l'obligation de réduire son dommage, qu'il exploite sa capacité résiduelle de travail (ATF non publié 9C_918/2008 du 28 mai 2009, consid. 4.2.2). Par conséquent, 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 (ou était) en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Indépendamment de l'examen de la condition de l'obligation de réduire le dommage (ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), 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 (ATFA non publié I 819/04 du 27 mai 2005, consid. 2.2; ATFA non publié I 462/02 du 26 mai 2003, consid. 2.3; ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). c) A titre d'exemples, dans le cas d'assurés salariés, le Tribunal fédéral a considéré qu'il était exigible d'un assuré de 60 ans ayant travaillé pour l'essentiel en tant qu'ouvrier dans l'industrie textile qu'il se réinsère sur le marché du travail malgré son âge et ses limitations fonctionnelles (travaux légers et moyens avec alternance des positions dans des locaux fermés ; ATFA non publié I 376/05 du 5 août 2005, consid. 4.2), de même pour un soudeur de 60 ans avec des limitations psychiques et physiques, notamment rhumatologiques et cardiaques, qui disposait d'une capacité de travail de 70 % (ATFA non publié I 304/06 du 22 janvier 2007, consid. 4.2). Notre Haute Cour a en revanche nié la possibilité de valoriser sa capacité de travail résiduelle pour un assuré de 61 ans, sans formation professionnelle, qui n'avait aucune expérience dans les activités fines médicalement adaptées et ne disposait que d'une capacité de travail à temps partiel, soumise à d'autres limitations fonctionnelles, et qui selon les spécialistes ne présentait pas la capacité d'adaptation nécessaire (ATFA non publié I 392/02 du 23 octobre 2003, consid. 3.3), ainsi qu'à un assuré de 64 ans capable de travailler à 50 % malgré de nombreuses limitations fonctionnelles (ATFA non publié I 401/01 du 4 avril 2002, consid. 4c). Le Tribunal fédéral a par ailleurs considéré, s'agissant d'un assuré âgé de 58 ans au moment de la naissance éventuelle du droit à la rente, respectivement de 60 ans au moment de la décision litigieuse, qu'il n'avait pas atteint le seuil à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré (ATF non publié 9C_1043/2008 du 2 juillet 2009, consid. 3.3; ATF non publié 9C_651/2008 du 9 octobre 2009, consid. 6.2.2.2), d'autant moins si l'on considère qu'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée lui a été reconnue (ATF 9C_800/2008 du 18 septembre 2009, consid. 5). Enfin, s'agissant d'un assuré âgé de 60 ans et 2 mois, bénéficiant d'une pleine capacité de travail au moment de la décision litigieuse, le Tribunal fédéral a jugé qu'il n'avait pas encore atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré, qui offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles de l'assuré et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_393/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.5) En ce qui concerne les assurés indépendants, on peut citer les exemples jurisprudentiels suivants. Dans le cas d'un indépendant âgé de près de 60 ans au moment de la naissance du droit à la rente, respectivement de 62 au moment de la décision sur opposition, le Tribunal fédéral a jugé que l'intimé avait atteint le seuil à partir duquel on peut parler d'âge avancé. Le recourant n'ayant aucune expérience professionnelle dans un

autre domaine économique que ceux dans lesquels il a travaillé pendant plus de quarante ans, et ayant toujours travaillé en qualité d'indépendant, la reprise d'une activité salariée nécessiterait un important effort d'adaptation de sa part, de sorte qu'il n'était pas exigible que le recourant abandonnât son activité indépendante avec tout ce que cela aurait impliqué pour reprendre une activité salariée (ATF non publié 9C_612/2007 du 14 juillet 2008, consid. 5.2). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur âgé de 57 ans au moment de la décision litigieuse, jugeant que même si le recourant n'avait pas atteint l'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché de l'emploi supposé équilibré, le passage du statut d'agriculteur indépendant à celui de salarié constituait une profonde remise en question socio-professionnelle, qui présupposait des facultés d'adaptation considérables d'un point de vue subjectif; or, l'enquête économique avait mis en évidence que l'intimé peinait à comprendre et à s'adapter aux exigences liées à la mutation structurelle qui était en cours dans l'agriculture et ainsi, au regard de son âge et de son état d'esprit, il apparaissait douteux que l'intimé soit en mesure de s'intégrer dans une démarche personnelle de remise en question professionnelle, ce d'autant plus que les perspectives de revenu offertes par un changement d'activité n'étaient que légèrement plus élevées par rapport au revenu que l'intimé aurait été en mesure d'obtenir dans le cadre de son activité agricole (ATF non publié 9C_578/2009 du 29 décembre 2009, consid. 4.3.2). S'agissant d'un indépendant de 57 ans au moment de la décision sur opposition, ayant travaillé pendant près de 30 ans comme indépendant et bénéficiant d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, le Tribunal fédéral a jugé qu'il pouvait exploiter économiquement sa pleine capacité de travail, attendu que les places de travail disponibles sur le marché équilibré du travail existent en ce qui concerne l'offre de main-d'œuvre pour une activité salariée simple et répétitive n'impliquant pas de nouvelle formation (ATFA non publié I 881/06 du 9 octobre 2007, consid. 4.4). Enfin, s'agissant d'un indépendant âgé de 50 ans au moment de la décision litigieuse bénéficiant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, le Tribunal fédéral a jugé qu'on était loin du seuil à partir duquel on pouvait parler d'âge avancé; par ailleurs, les perspectives de revenu offertes par un changement d'activité par rapport au revenu qu'il serait en mesure d'obtenir dans le cadre de son activité indépendante (avec une capacité de travail partielle) étaient nettement plus élevées; par ailleurs, même si l'assuré ne disposait d'aucune formation, il avait bénéficié d'une expérience en matière commerciale et pour des travaux administratifs (en relation, jusqu'alors, au commerce de chevaux); enfin, il était possible d'admettre que les secteurs de la production et des services recouvrent une large palette d'activités, dont un nombre suffisant était adapté aux limitations fonctionnelles du recourant, et étaient à sa portée (ATF non publié 9C_835/2009 du 27 mai 2010, consid. 4.2). 16. En l'espèce, l'assurée n'a pas atteint le seuil d'âge à partir duquel la jurisprudence considère généralement qu'il n'existe plus de possibilité réaliste de mise en valeur de la capacité résiduelle de travail sur un marché du travail supposé équilibré. Par ailleurs, une capacité de travail de 100% lui a été reconnue dans une activité adaptée, et le fait qu'elle se soit déclarée intéressée par d'éventuelles mesures de réadaptation laisse raisonnablement supposer qu'elle ne serait pas opposée à un changement d'activité. Enfin, on peut relever qu'une incapacité entière de travail comme coiffeuse indépendante a été établie et que par ailleurs, elle a précisément fait appel à une société pour vendre son salon.!

[endif]>![if> Au vu des particularités du cas d'espèce, on peut donc conclure qu'il est raisonnablement exigible de l'assurée qu'elle mette fin à son activité indépendante au profit d'une activité salariée adaptée, malgré son âge,

compte tenu de la diminution importante du dommage que l'on peut attendre d'un tel changement de statut. De ce fait, et conformément à la jurisprudence suscitée, la méthode extraordinaire ne peut trouver application dans le cas d'espèce. C'est donc à bon droit que l'OAI a utilisé la méthode ordinaire d'évaluation de l'invalidité. 17. Il y a enfin lieu de déterminer si le calcul effectué par l'OAI sur la base de la méthode ordinaire est exact, partant, si le droit à une rente, respectivement à des mesures de réadaptation, est ouvert.!

a) Les conditions du droit à la rente ont déjà été exposées plus haut. On peut rappeler que pour avoir droit à des mesures de réadaptation, l'assuré doit être invalide (art. 8 al. 1 LAI). Cette condition d'invalidité doit être interprétée au regard des art. 8 LPGA et 4 LAI et être définie, compte tenu du contexte de réadaptation, en fonction de la mesure requise. b) 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). S'agissant des indépendants, la Circulaire de l'OFAS sur l'impotence et l'invalidité (ci-après: CIIAI) prévoit que l'on examine le développement probable qu'aurait suivi l'entreprise de la personne assurée si celle-ci n'était pas devenue invalide (chiffres 3029ss; RCC 1963 p. 427). On prendra en considération les aptitudes professionnelles et personnelles de la personne assurée, la nature de son activité, la situation économique et le développement de l'entreprise. A noter que l'on doit faire abstraction du revenu qui ne proviendrait pas de l'activité propre à la personne handicapée (intérêts du capital engagé dans l'entreprise, part du revenu attribuable à la collaboration des proches, etc; chiffre 3031; RCC 1962 p. 480). Il faudra par ailleurs, chez les indépendants qui tiennent une comptabilité conforme aux règles de l'art, non pas se fonder sur les inscriptions figurant au compte individuel de l'assuré, mais sur le résultat d'exploitation, leur mise en parallèle n'étant toutefois pas exclue (VALTERIO, op. cit., ch. 2067). Le résultat d'exploitation ne sera toutefois fiable qu'après production des résultats annuels et des rapports de révision (ATF non publié 9C_345/2007 du 23 mars 2008, consid. 5.2; VALTERIO, op. cit., n. 2688). Par ailleurs, dans un ATF 8C_157/2008 du 10 octobre 2008, consid. 3, le Tribunal fédéral a considéré que conformément à la jurisprudence, pour l'évaluation du revenu de travailleurs indépendants, il convient d'ajouter les cotisations AVS/AI/APG effectivement payées par la personne assurée durant un exercice comptable au bénéfice d'exploitation. Toutefois, dans le cas qui l'occupait, la Cour cantonale avait vérifié la détermination du revenu en se fondant sur les revenus de l'activité indépendante identifiés dans les comptes individuels. Le Tribunal fédéral a ainsi jugé que ces derniers peuvent être utilisés comme base de la détermination du revenu sans invalidité. Enfin, dans les ATFA non publiés I 705/05 du 4 janvier 2007, consid.3.1 et 3.2 et I 305/02 du 29 janvier 2003, consid. 2.2.1, le Tribunal fédéral a conclu que l'on pouvait se fonder sur les revenus inscrits dans les CI de l'assuré pour la détermination du revenu sans invalidité d'un indépendant, tout en précisant que ces derniers ne constituaient toutefois pas une donnée invariable ou une preuve définitive ne permettant pas d'aboutir sur la base d'autres éléments à une autre présomption que celle qui a été effectivement retenue (ATF 8C_157/2008 du 10 octobre 2008, consid. 3; ATFA I 705/05 du 4 janvier 2007, consid.3.1 et 3.2; ATFA I 305/02 du 29 janvier 2003, consid. 2.2.1). La jurisprudence a jugé qu'il faut entendre, par revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide au sens de l'art. 28 al. 2 LAI, le gain qu'il réaliserait effectivement s'il était en bonne santé. Si, en se basant sur les

circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 157 consid. 5 c/bb; RCC 1992 p. 96 consid. 4a et les arrêts cités). Si, en se basant sur les circonstances du cas particulier, il y a lieu d'admettre que l'assuré, en l'absence d'atteinte à la santé, se serait contenté d'un gain modeste, il faut prendre en compte ce revenu, même s'il aurait pu bénéficier de meilleures conditions de rémunération (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb; RCC 1992 p. 96 consid. 4a et les arrêts cités). La jurisprudence admet cependant que des circonstances, dont la preuve de l'existence est soumise à des exigences sévères, justifient de s'écarter du revenu effectif de l'assuré, lorsqu'il ressort de la situation dans son ensemble que ce dernier, sans invalidité, ne se contenterait pas d'une telle rémunération de manière durable (ATFA non publié I 777/01 du 14 octobre 2002, consid. 2.1 et les références). c) Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité lucrative ou alors aucune activité normalement exigible -, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de salaires fondés sur des données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après: ESS; ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 321). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et personnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). 18. En l'espèce, il résulte du rapport d'enquête que les chiffres d'affaires déclarés sur les comptes d'exploitation pour les années 2008 à 2011 sont particulièrement faibles. Les bénéfices d'exploitation s'élèvent en effet à CHF 9'103.90 pour 2008, à CHF 7'311.15 pour 2009, à CHF 7'563.10 pour 2010 et à CHF 7'447.45 pour 2011. Des pertes sont enregistrées pour 2012 - année durant laquelle l'assurée a diminué son temps de travail en raison du décès de son époux - et 2013 - le salon a été fermé de juillet 2013 à juillet 2014 -, à hauteur de, respectivement, CHF 2'530.10 et CHF 20'914.60. A noter que le chiffre d'affaires moyen des années 2008 à 2011 est de CHF 33'680.-, étant précisé que le loyer annuel du salon est d'environ CHF 21'000.-. Par ailleurs, du compte individuel de l'assurée, il ressort qu'elle a versé la cotisation minimale dès 2008, et plus aucune dès 2010. Il y a enfin lieu de constater que ces chiffres sont

particulièrement peu élevés, si l'on considère que l'assurée a déclaré qu'elle travaillait à raison de 51 heures par semaine. Force est ainsi de conclure que les données comptables ne sont pas suffisamment fiables pour permettre d'évaluer l'incapacité de gain de l'assurée de façon pertinente. C'est dès lors à juste titre que l'OAI s'est fondé sur les données salariales ressortant de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), dans l'activité de coiffeuse en tenant compte d'un niveau 4 pour déterminer le revenu sans invalidité. L'assurée n'ayant pas repris d'activité - vente du salon -, le revenu d'invalidité doit également être évalué sur la base de données statistiques ESS (ATF 126 V 75). Il convient de se référer à la statistique des salaires bruts standardisés en se fondant sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321). Aussi les revenus sans invalidité et avec invalidité tels qu'ils ont été déterminés par l'OAI ne peuvent-ils être que confirmés. 19. Reste à déterminer le taux d'abattement.!

[endif]>!

[if> 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), pour autant qu'ils ne soient pas déjà pris en compte dans la mise en parallèle des revenus à comparer, 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 130 III 176 consid. 1.2, ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). La déduction doit être déterminée et motivée en analysant la situation individuelle. Il n'est pas admis de cumuler des déductions quantifiées séparément pour chaque facteur pris en compte, car en opérant de la sorte on ignore les interactions (ATF 126 V 75 ss). Selon la jurisprudence, une déduction sur le revenu d'invalidité doit être accordée en particulier lorsque la capacité de travail de l'assuré est réduite même pour des travaux de manœuvre peu astreignants. Si en revanche des travaux peu ou moyennement pénibles sont raisonnablement exigibles, cela seul ne justifie pas une déduction même si la capacité de travail est réduite, car le salaire du barème pour le niveau d'exigences 4 comprend déjà de nombreuses activités peu ou moyennement pénibles (9C_187/2011). La jurisprudence admet une déduction sur le salaire du barème au titre du taux d'occupation pour des hommes qui, pour raisons de santé, ne peuvent plus travailler qu'à temps partiel (alors qu'ils travaillaient auparavant à plein temps). Par contre, le fait qu'une personne en principe capable de travailler à plein temps n'ait plus qu'une capacité de travail réduite en raison d'une maladie ne justifie pas une déduction allant plus loin que la prise en compte de la capacité de travail réduite et donc du rendement (8C_20/2012 consid. 3.2). La déduction au titre du travail à temps partiel s'ajoute à la déduction liée à l'atteinte à la santé, la déduction totale ne pouvant toutefois excéder 25% (CIIAI, valable à partir du 1er janvier 2013, n os 3067.1 à 3067.4). 20. En

l'espèce, l'OAI a pris en considération un taux d'abattement de 10%. Ce taux n'est pas critiquable et n'est du reste pas contesté par l'assurée. 21. De la comparaison des revenus avant et après l'invalidité résulte un degré d'invalidité largement insuffisant pour justifier le droit à une rente ou à des mesures de réadaptation professionnelle. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. 22. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, l'assuré étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986; RS E 510. 03). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à percevoir un émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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