

GE_GERICHTE A/55/2015 vom 12. Mai 2015

GE Cour de justice, 2015-05-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_55_2015

FR: GE_GERICHTE A/55/2015 du 12 mai 2015

IT: GE_GERICHTE A/55/2015 del 12 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à VERNIER
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, d'origine marocaine, en Suisse depuis août 2004, exerçant la profession de
cuisinière en pâtisserie, s'est inscrite auprès de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) le 1 er
mai 2007. Elle a été mise au bénéfice de mesures selon le programme d'emploi temporaire à
Passerelle du 16 août au 3 septembre 2010. [endif]>[if> Son médecin traitant, le docteur
C_____ a indiqué le 28 août 2010 qu'elle ne pouvait exercer qu'une activité sans station
debout prolongée avec une alternance positionnelle et limitant les efforts de manutention au
titre de cervico-dorso-lombalgies. Le 30 août 2011, il a fixé l'incapacité de travail à 100%
depuis le 30 août 2010, date à laquelle l'assurée avait effectivement cessé de travailler. Le
médecin de l'OCE a cependant considéré, le 22 mars 2012, qu'elle était capable de
travailler à 100%, dans sa profession antérieure, pour autant qu'il n'y ait pas de port de
lourdes charges. Elle a déposé le 15 mai 2013 une demande de prestations AI auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), alléguant souffrir
depuis 2008 de lombosciatalgie gauche et d'un état dépressif. 2. Le docteur D_____,
généraliste, a confirmé les diagnostics d'état dépressif et de lombosciatalgie sur hernie
discale L4-L5 depuis 2010. Il estime que l'activité de cuisinière n'est plus exigible et que
l'on ne peut s'attendre à une amélioration. [endif]>[if> 3. Une IRM lombaire a été
réalisée le 9 novembre 2009 par le docteur E_____, IRM dont il ressort une
dégénérescence discale L3-L4 et L4-L5, une protrusion discale L3-L4 à la limite de la
hernie sans conflit radiculaire et une hernie discale L4-L5 sous-ligamentaire appuyant sur la
partie antérieure du fourreau dural, sans répercussion significative sur les racines, une
arthrose interapophysaire postérieure avec épaissement des ligaments jaunes rétrécissant
discrètement le canal dans le sens latéral surtout en L3-L4 et à moindre degré L4-L5. Il a
par ailleurs été constaté un cône médullaire de topographie normale et de signal homogène.
[endif]>[if> 4. Une seconde IRM datée du 30 janvier 2013 a permis de constater qu'il
n'y avait pas d'évolution significative par rapport à l'examen antérieur. [endif]>[if> 5.
Dans un rapport du 1 er octobre 2013, le docteur F_____, psychiatre, a retenu les
diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble panique moyen
et de traits de personnalité émotionnellement labile de type borderline. Il considère que
l'assurée est incapable de travailler à 100% depuis le début du suivi psychiatrique, soit
depuis le 29 juin 2011. Le pronostic est réservé. L'évolution du tableau clinique demeure à
ce jour stationnaire. Les douleurs lombaires invalidantes récurrentes et fréquentes, ainsi que
sa situation socio-économique et familiale la plongent dans une dépression récurrente et
aggravent la fréquence des attaques de panique. [endif]>[if> 6. Dans une note du 20
novembre 2013, le médecin du Service médical régional AI (SMR) relève que l'assurée

souffre d'une décompensation dépressive depuis 2011, associée à un tableau douloureux sans corrélation radioclinique, dans le contexte de difficultés socio-familiales. Il propose dès lors de mettre en place une expertise pluridisciplinaire (médecine interne, rhumatologie et psychiatrie). 7. L'OAI a confié au CEMED un mandat d'expertise, via la plateforme MED@P. Les médecins retenus sont le docteur G_____, médecine interne générale, le docteur H_____, psychiatrie, et la doctoresse I_____, rhumatologie. 8. L'expertise du CEMED a été réalisée le 3 mars 2014. Les experts ont retenu des lombalgies chroniques sur spondylarthrose à titre de diagnostic ayant des répercussions sur la capacité de travail. Les autres diagnostics sont les suivants : - des traits de personnalité borderline, - un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger avec syndrome somatique, - obésité avec BMI à 34,7 kg/m

E. 2

- hypertension artérielle compensée sous traitement - hypoesthésie sensitive subjective du membre inférieur gauche - tendinopathie des deux épaules, prédominant à gauche, depuis 2010 - status post opération d'une tendinopathie de la base du pouce droit avec succès! Ils ont écarté le trouble somatoforme. Selon les experts, la capacité de travail est, en raison des lombalgies chroniques récidivantes sur spondylarthrose, de 0% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, soit une activité respectant l'alternance de station assise et debout, une déambulation libre pas trop longue, pas de port de charges au-delà de cinq kilos et pas de mouvement de porte-à-faux. Sur le plan psychiatrique, les experts ont indiqué que l'intensité de la thymie dépressive était modérée et ne justifiait pas d'incapacité de travail. Le pronostic est objectivement bon. 9. Le Dr F_____ a demandé à la doctoresse J_____, cardiologue, un bilan cardiologique de contrôle, l'assurée se plaignant depuis quelques temps de maux de tête. Ce médecin, par courrier du 6 février 2014, a relevé que les facteurs de risque cardio-vasculaire étaient les suivants : HTA, excès pondéral et sédentarité. Elle a constaté qu'il n'y a pas actuellement à l'échocardiogramme des signes de répercussion hémodynamique de l'HTA et qu'il n'y a qu'une régurgitation mitrale sur probable discret prolapsus d'une partie de la valve discrète et hémodynamiquement non significative. À l'électrocardiogramme, il n'y a pas de signes de répercussion du traitement par Ciprexal sur l'intervalle QRS, sur l'intervalle QT ni sur le segment ST. 10. Dans une note du 4 août 2014, le médecin du SMR en a conclu qu'« Ainsi, on peut retenir janvier 2013, date de l'aggravation des douleurs lombaires et de la deuxième IRM lombaire, comme début d'incapacité de travail dans son activité habituelle, sur le plan rhumatologique. Sur le plan psychiatrique, il n'a pas été retenu de trouble somatoforme douloureux, ni anxieux. Ainsi, l'expert psychiatrique s'écarte du psychiatre traitant quant à l'intensité du trouble dépressif qu'il estime léger et non incapacitant. À noter que le médecin conseil du chômage, le 22 mars 2012, retenait une capacité de travail entière dans une activité adaptée au problème lombaire. 11. L'OAI a déterminé le degré d'invalidité de l'assurée sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 54'139.-, et un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 48'725.-, fixé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tableau TA1, tous secteurs confondus (total), niveau 4 (activités simples et répétitives) pour une femme et compte tenu d'un abattement de 10%. Le degré d'invalidité a ainsi été fixé à 10%. 12. Le 29 août 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif que le degré d'invalidité de 10% ne donne

droit ni à une rente d'invalidité, ni à des mesures de reclassement professionnel.

13. Par décision du 10 décembre 2014, l'OAI a confirmé son

refus. 14. L'assurée a interjeté recours le 8 janvier 2015 contre ladite décision. Elle confirme souffrir de hernie discale et de dépression, et être de ce fait dans l'incapacité de travailler. Elle explique que « votre médecin considère que je suis apte à travailler ; malheureusement avec ces douleurs, je pense qu'il faudrait un nouvel examen, afin de réexpliquer aux médecins et avoir une nouvelle opinion, car depuis l'ancien rendez-vous, je me suis coincée des dizaines de fois ; les douleurs sont beaucoup plus fortes et insupportables ».

15. Dans sa réponse du 20 février 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours, rappelant qu'il s'est fondé sur une expertise pluridisciplinaire réalisée par le CEMED le 5 mai 2014, laquelle revêt pleine valeur probante. L'assurée n'apporte pas d'élément permettant de modifier leurs conclusions.

16. Ce courrier a été transmis à l'assurée avec un délai au 19 mars 2015 pour se déterminer. Celle-ci ne s'est pas manifestée.

17. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1er 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. A 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 une rente d'invalidité ou à des mesures de réadaptation professionnelle.

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). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

8. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart 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).

9. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

10. 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).

11. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

12. 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).

13. Lorsque, 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).

14. S'agissant de la valeur probante des rapports

établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).¹⁵

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre 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; 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_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2).¹⁶

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).¹⁷

Enfin, 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).¹⁸

En l'espèce, un rapport d'expertise a été établi par le CEMED, sur mandat de l'OAI, le 3 mars 2014.¹⁹ Il convient en premier lieu d'examiner quelle valeur probante peut lui être reconnue. Ce rapport d'expertise a été établi en pleine connaissance du dossier et se fonde sur des examens cliniques de l'assurée, les experts se sont livrés à une anamnèse précise, ont tenu compte des plaintes de l'assurée et ont procédé à des investigations poussées. Leurs conclusions, motivées et convaincantes, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de considérer que cette expertise a pleine valeur probante.

Reste à examiner si les rapports des médecins traitants permettraient de s'écarter des conclusions de l'expertise. Tel n'est pas le cas.²⁰ Il y a en effet lieu de constater que tant les experts que les médecins traitants ont retenu le même diagnostic sur le plan somatique. Il n'est ainsi pas contesté que l'assurée souffre de lombalgies chroniques sur spondylarthrose en raison desquelles elle ne peut plus exercer son activité antérieure. Ils ont également posé le même diagnostic de trouble dépressif récurrent, le Dr F _____ considérant toutefois qu'il s'agit

d'un trouble moyen, alors que l'expert psychiatre le qualifie de léger. Force est de relever que le Dr F_____ se borne à insister sur le fait que c'est la situation socio-économique et familiale qui plonge l'assurée dans une dépression récurrente. Or, les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3). Par ailleurs, l'expert a constaté que la poursuite de la psychothérapie et de la prise d'antidépresseurs était exigible et que l'assurée était compliant. Il a souligné le maintien d'un bon fonctionnement quotidien, même s'il existe des difficultés sociales (elle s'occupe de son fils schizophrène). Il a considéré que l'assurée avait de bonnes capacités d'adaptation, et que l'intensité de la thymie dépressive était modérée. Aussi ne peut-on suivre l'estimation du médecin traitant selon laquelle la capacité de travail sur le plan psychiatrique est nulle, alors que selon l'expert psychiatre, elle est entière. Il n'y a pas de raison de s'écarter de l'expertise, dans la mesure où aucun indice concret ne permet de douter du bien fondé de ses conclusions. Le médecin traitant ne fait en réalité que substituer sa propre appréciation à celle de l'expert. Les experts ont expressément écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, diagnostic qui avait été envisagé par le médecin du SMR, mais dont les médecins traitants ne font pas état. Il se justifie dès lors de suivre également cette conclusion. Enfin, les conclusions de l'expert rejoignent celles du médecin de l'OCE. 20. L'assurée allègue dans son acte de recours, que depuis l'expertise, son état de santé s'est aggravé. Elle déclare à cet égard que « les douleurs sont beaucoup plus fortes et insupportables ». ![endif]>![if> Il sied de rappeler que dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Or, aucun nouveau document médical n'a été produit. La chambre de céans retiendra dès lors que la capacité de

travail de l'assurée sur le plan somatique est nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée, soit une activité respectant l'alternance de station assise et debout, une déambulation libre pas trop longue, pas de port de charges au-delà de cinq kilos et pas de mouvement de porte-à-faux, et la capacité de travail sur le plan psychiatrique, entière. 21. Reste à déterminer le degré d'invalidité, étant préalablement rappelé que l'OAI a considéré que le statut de l'assurée est celui d'une personne active.!

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). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393

consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). En l'occurrence, il y a lieu de se référer aux salaires statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS), tant pour le revenu sans invalidité que pour le revenu d'invalidité. L'OAI s'est ainsi fondé, à juste titre sur un revenu annuel brut réactualisé de CHF 54'139.- et un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 48'725.-, en prenant en considération une réduction supplémentaire de 10% vu les limitations fonctionnelles de l'assurée. En l'espèce, le degré d'invalidité s'élève ainsi à 10%, ce qui est insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 2 LAI). 22. Au vu de ce qui précède, le recours ne peut être que rejeté. La chambre de céans attire toutefois l'attention de l'assurée sur le fait qu'elle garde la possibilité de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI en cas d'aggravation de son état de santé.!

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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