

# GE\_GERICHTE A/885/2015 vom 1. September 2015

GE Cour de justice, 2015-09-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_885\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_885_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/885/2015 du 1 septembre 2015

IT: GE\_GERICHTE A/885/2015 del 1 settembre 2015

## Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 01.09.2015 A/885/2015

A/885/2015 ATAS/648/2015 du 01.09.2015 ( AI ) , REJETE En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/885/2015 ATAS/648/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 1 er septembre 2015 1 ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à ONEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_, née le \_\_\_\_\_ 1954, a travaillé à la cafétéria d'un établissement médico-social (EMS) à plein temps depuis 1991. Elle a cessé toute activité lucrative dès le 21 août 2003 en raison d'un traumatisme de l'épaule gauche survenu fin juillet 2003 avec déchirure du tendon du muscle sus-épineux gauche. Elle a déposé une demande de prestations d'assurance-invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) le 6 avril 2005. Par courrier du 14 septembre 2005 adressé à l'OAI, le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a confirmé que les suites avaient été relativement lentes mais entièrement favorables et que l'assurée avait pu reprendre son travail à 50% le 1 er novembre 2004 et à 100% dès le 17 janvier 2005. Il a constaté que les séquelles au niveau de l'épaule gauche étaient quasi nulles, que l'amplitude aux mouvements était parfaitement correcte et qu'il n'y avait pas de douleurs, et ajouté que sa patiente continuait à travailler pour le même employeur à 100%, elle ne prétendait plus à aucune prestation de l'assurance-invalidité. Par décision du 9 décembre 2005, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1 er août au 31 décembre 2004. 2. L'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations AI le 26 mars 2012, alléguant souffrir de problèmes de dos. Elle a indiqué qu'elle était en incapacité de travail depuis le 17 octobre 2011 et percevait des prestations au titre de l'assurance indemnité journalière maladie conformément à la loi sur le contrat d'assurance. 3. Le docteur C\_\_\_\_\_, neurologue, a procédé à un examen électroneuromyographique de l'assurée à la demande de la doctoresse D\_\_\_\_\_, rhumatologue, et a constaté l'absence de signes lésionnels radiculaires au membre inférieur droit. Il en a informé la Dresse D\_\_\_\_\_ le 9 mars 2012. Le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé que « tant du point de vue clinique électrophysiologique je n'ai pas d'arguments pour une atteinte lésionnelle de type radiculaire au membre inférieur droit. L'IRM lombaire montre la possibilité d'une irritation radiculaire L5 droite sur un processus arthrosique des facettes articulaires. Cela pourrait éventuellement expliquer une partie du tableau douloureux. Néanmoins ces douleurs sont actuellement plus diffuses et moins spécifiques ». 4. Dans un rapport du 16 mai 2012, la Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de lombosciatalgies bilatérales chroniques et de discopathie L5 avec HD droite depuis mai 2011. Elle estime que l'incapacité de travail de l'assurée en tant qu'employée de maison est

de 100% du 20 octobre 2011 au 8 janvier 2012 et de 50% à compter du 9 janvier 2012. Elle relève une limitation fonctionnelle douloureuse du rachis et dit ne pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle.![endif]>![if> 5. Egalement consulté par la Dresse D\_\_\_\_\_, le docteur E\_\_\_\_\_, neurochirurgien, a relevé le 20 mars 2012 une discopathie L4-L5 protrusive menant à un rétrécissement récessal bilatéral probables racines conjointes L5 et S1 à droite, canal rachidien et foraminal larges.![endif]>![if> 6. Dans un rapport du 21 mai 2012, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a quant à lui retenu des lombosciatalgies L5-S1 droites depuis avril 2011 à titre de diagnostic avec effets sur la capacité de travail. Le médecin signale que la patiente est à nouveau en arrêt de travail à 100% depuis le 7 mai 2012. Il considère que l'activité exercée n'est pas exigible pour l'instant. Son activité, avant tout physique, n'est pas compatible avec l'affection rhumatologique.![endif]>![if> 7. Un rapport d'évaluation a été établi par l'OAI le 23 mai 2012. Il est indiqué que le docteur G\_\_\_\_\_, consulté par l'assurée le 15 mai, a confirmé l'indication d'une opération pour hernie discale. Il est par ailleurs précisé que l'assurée souhaite reprendre son travail au plus vite après l'opération, et qu'elle est motivée à reprendre un travail qu'elle aime beaucoup.![endif]>![if> 8. Le 5 octobre 2012, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait eu un dernier rendez-vous aux Hôpitaux Universitaires de Genève le 12 septembre, mais qu'elle ne sait pas à quelle date interviendra l'opération. À ce stade, elle ne souhaite pas envisager d'exercer une autre activité et n'est pas intéressée par une mesure d'intervention précoce - IP en attendant. Elle a alors été informée de la clôture du dossier IP, son état de santé n'étant pas encore stabilisé.![endif]>![if> 9. Le 15 novembre 2012, l'assurée a indiqué que le projet d'intervention chirurgicale avait été abandonné, les médecins ne pouvant pas lui garantir la disparition des douleurs. Elle s'est rendue à la consultation du Centre de la douleur qui a préconisé un tenseur et elle a bénéficié d'électrodes pour atténuer les douleurs. Le dossier a ainsi été agendé à janvier 2013 en l'état.![endif]>![if> 10. Le 22 janvier 2013, la Dresse D\_\_\_\_\_ a déclaré que l'état de santé de sa patiente s'était un peu amélioré et qu'il y avait un peu moins de douleurs lombaires et une amélioration de la mobilité. Le pronostic restait toutefois réservé. La capacité de travail était nulle en tant qu'employée de maison, mais un travail léger, à temps partiel, pourrait probablement être envisagé.![endif]>![if> 11. Le 22 avril 2013, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait reçu sa lettre de congé avec effet à fin juillet 2013.![endif]>![if> 12. Interrogée par le médecin du Service médical régional AI (SMR), la Dresse D\_\_\_\_\_ a répété qu'aucune activité professionnelle n'était possible, les douleurs et les limitations fonctionnelles étant extrêmement invalidantes. Il n'y avait pas ou très peu d'améliorations avec les traitements.![endif]>![if> 13. Le SMR ne comprenant pas pour quelle raison la capacité de travail de l'assurée dans un poste adapté serait nulle, a proposé que l'assurée soit soumise à une expertise à réaliser par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie.![endif]>![if> 14. Le Dr H\_\_\_\_\_ a établi son rapport d'expertise le 22 novembre 2013. Il retient, à titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, une tendinopathie chronique du sus-épineux gauche, des lombo-pyralgies et dorsalgies récurrentes sans signe radiculaire irritatif ou déficitaire, une discopathie L4-L5 L5-S1 moyenne, une spondylose antérieure dorsale et latérale lombaire sur possible maladie de Forestier, et, à titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, un syndrome poly-insertionnel douloureux récurrent modéré, l'opération d'un kyste du poignet et d'une cure de tunnel carpien en 2007, une cholécystectomie en 2007, des gonalgies bilatérales sans signes méniscaux ou tendineux et sans trouble dégénératif.![endif]>![if> Selon l'expert, l'assurée présente une limitation concernant les

ports de charges avec long bras de levier et porte-à-faux de manière répétitive de plus de 5 kg, ainsi que les mouvements de l'épaule droit au-dessus de l'horizontale en abduction et en antéversion de manière répétitive. Il estime la capacité de travail dans l'ancienne activité d'employée de salle à manger d'EMS à 40% et dans une activité adaptée à 75%. 15. Dans une note du 5 février 2014, le médecin du SMR, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise, s'est déterminé comme suit : « Nous nous éloignons de l'avis de l'expert en ce qui concerne l'exigibilité dans l'activité habituelle chez cette assurée de 59 ans ayant travaillé en dernier lieu comme employée dans une cafétéria. En effet, si l'on tient compte du cahier des charges, l'activité n'est pas adaptée aux atteintes de l'assurée, ce poste requiert une importante endurance physique et implique de nombreux gestes répétitifs tels que le portage des plats, le balayage etc.. En outre, l'assurée doit être capable de porter des charges qui peuvent aller jusqu'à 10 kg. De plus, le fait de marcher et rester debout implique environ 2/3 du temps de travail. C'est pour ces raisons que nous estimons que dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assurée reste nulle. En revanche, dans une activité capable de respecter les limitations fonctionnelles figurant ci-dessus, d'un point de vue médico-théorique, il nous paraît tout à fait acceptable de retenir une exigibilité de 75% et ceci dès janvier 2012 ». 16. L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité le 13 février 2014 sur la base d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé de CHF 74'164.- et d'un revenu annuel brut avec invalidité de CHF 36'295.-, compte tenu d'un temps de travail raisonnablement exigible de 75% dans une activité adaptée et d'une réduction supplémentaire de 10%. Il obtient un degré d'invalidité de 51,06%. 17. Selon le rapport de réadaptation professionnelle daté du 31 mars 2014, l'assurée peut utiliser sa capacité résiduelle dans divers métiers simples ne nécessitant pas d'autres mesures professionnelles. Le dossier de réadaptation a ainsi été clôturé. Un nouveau calcul du degré d'invalidité a été établi. Un degré d'invalidité de 53,8% a été retenu, compte tenu d'un taux d'abattement de 15% - en lieu et place des 10% précédemment retenus -, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assurée, des années de service dans l'activité principale (21 ans) et du fait que seule une activité légère soit possible. 18. L'OAI a transmis à l'assurée le 17 juin 2014 un projet de décision selon lequel le droit à une demi-rente d'invalidité lui était reconnu à compter du 17 octobre 2012. 19. L'assurée, représentée par l'ASSUAS, a contesté ce projet le 25 août 2014. Elle rappelle que la possibilité pour elle de reprendre une activité professionnelle, même dans une activité adaptée, n'est actuellement pas envisageable, au vu des douleurs à l'épaule et des lombalgies chroniques et invalidantes dont elle souffre, lesquelles la limitent dans tous ses mouvements. Elle se réfère à cet égard au courrier du Dr F\_\_\_\_\_ du 21 août 2014, confirmant que « tous les mouvements sont douloureux, les stations fixes notamment assise ne peuvent pas être maintenues et le port de charge y compris en deçà de 5 kg semble exclu », et considérant que le pronostic quant à la reprise d'une quelconque activité professionnelle est défavorable, vu la symptomatologie douloureuse, les remaniements dégénératifs concernant plusieurs segments du rachis, ainsi que son manque de formation et son âge avancé. L'assurée a également transmis à l'OAI le 19 novembre 2014 un courrier de la Dresse D\_\_\_\_\_ daté du 15 septembre 2014, aux termes duquel, « je pense effectivement que la capacité de travail de l'assurée est au maximum de 20% dans une activité adaptée ; cela lui permet juste d'assumer les tâches de la vie quotidienne. Elle souffre en effet de rachialgies extrêmement invalidantes ; tous les traitements ont déjà été effectués ces dernières années, y compris ceux proposés par le médecin expert (physiothérapie passive et active, et hydrothérapie chaude) ; la patiente est

d'ailleurs toujours en traitement ». 20. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a relevé, le 6 décembre 2014, que dans son courrier du 21 août 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ indique en réalité être d'accord avec les diagnostics retenus par l'expert, mais déclare que la capacité de travail de sa patiente est nulle dans toute activité et ajoute ne pas voir quel type d'activité adaptée celle-ci pourrait exercer, étant donné son âge avancé, son niveau de formation professionnelle, mais aussi la présence de douleurs articulaires sur divers segments du rachis. Le médecin du SMR en conclut que ces observations ne contiennent aucun élément clinique objectif susceptible de modifier l'appréciation du SMR du 15 mai 2013.![endif]>![if> 21. Par décision du 12 février 2015, l'OAI a fixé le montant de la demi-rente d'invalidité due à l'assurée à CHF 1'072.- dès janvier 2015.![endif]>![if> 22. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 16 mars 2015 contre ladite décision. Elle a, préalablement, sollicité qu'un délai lui soit accordé pour compléter son recours et, principalement, conclu à ce que le droit à une rente entière d'assurance-invalidité lui soit reconnu. ![endif]>![if> 23. Par courrier du 17 avril 2015, soit dans le délai à elle imparti par la chambre de céans, l'assurée, représentée par Me Pierre-Bernard PETITAT, a souligné que tous les médecins l'ayant auscultée depuis 2011, soit les Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_ et les médecins du SMR, s'accordent sur les diagnostics, sur l'importance des atteintes à la santé et sur la symptomatologie douloureuse. L'expert, en revanche, minimise l'impact réel de ses affections sur les activités quotidiennes et professionnelles. Elle considère qu'aucune activité adaptée n'est exigible, compte tenu du fait qu'elle ne peut pas rester assise plus de quelques minutes, ni debout et statique, et ne voit dès lors pas, tout comme la Dresse D\_\_\_\_\_, quel type d'activité elle pourrait exercer, quelques heures par semaine, avec la possibilité de changer de position au bout de quelques minutes, et sans port de charges.![endif]>![if> S'agissant de la détermination du degré d'invalidité, elle constate que le taux d'abattement de 15% retenu par l'OAI ne tient pas suffisamment compte du fait qu'elle est âgée de 61 ans et qu'elle n'a pas de formation. Elle persiste en conséquence dans les conclusions de son recours. 24. Dans sa réponse du 18 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il explique qu'il s'est fondé sur le rapport d'expertise du Dr H\_\_\_\_\_, lequel doit se voir reconnaître pleine valeur probante, ajoutant que les médecins traitants n'amènent pas d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par l'expert.![endif]>![if> 25. Dans sa réplique du 15 juin 2015, l'assurée souligne que ce ne sont pas les constatations objectives du Dr H\_\_\_\_\_ qui sont contestées, mais bien plutôt l'interprétation de celles-ci. Elle persiste dans ses conclusions.![endif]>![if> 26. Dans sa duplique du 25 juin 2015, l'OAI constate que le reproche qui est adressé au Dr H\_\_\_\_\_ est celui de ne pas avoir suffisamment tenu compte des douleurs ressenties par la recourante et rappelle que les douleurs ne sont précisément pas des constatations objectives.![endif]>![if> 27. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.![endif]>![if> 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).![endif]>![if> 2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.![endif]>![if> 3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et

le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2011. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5<sup>ème</sup> révision de cette loi, puis dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité. 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. 2 LAI, 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. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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). 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. 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). 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). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 10. 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).> 11. 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). 12. En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).!

13. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328). D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

14. Lorsqu'il s'agit d'évaluer l'invalidité d'un assuré qui se trouve proche de l'âge donnant droit à la rente de vieillesse, il faut procéder à une analyse globale de la situation et se demander si, de manière réaliste, cet assuré est en mesure de retrouver un emploi sur un marché équilibré du travail. Cela revient à déterminer, dans le cas concret qui est soumis à l'administration ou au juge, si un employeur potentiel consentirait objectivement à engager l'assuré, compte tenu notamment des activités qui restent exigibles de sa part en raison d'affections physiques ou psychiques, de l'adaptation éventuelle de son poste de travail à son handicap, de son expérience professionnelle et de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation à un nouvel emploi, du salaire et des contributions patronales à la prévoyance professionnelle obligatoire, ainsi que de la durée prévisible des rapports de travail (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.2).!

15. Pour apprécier les chances d'un assuré proche de l'âge de la retraite de mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché de l'emploi, il convient de se placer au moment où l'on constate que l'exercice (partiel) d'une activité lucrative est exigible du point de vue médical, soit dès que les documents médicaux permettent d'établir de manière fiable les faits y relatifs (ATF 138 V 457 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_366/2014 du 19 novembre 2014 consid. 5.3). A titre d'exemples, 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 376/05 du 5 août 2005 consid. 4.2), de même que 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% (arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 d'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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 392/02 du 23 octobre 2003 consid. 3.3), ainsi que dans le cas d'un assuré de 64 ans capable de travailler à 50% avec de nombreuses limitations fonctionnelles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 401/01 du 4 avril 2002 consid. 4c). Le Tribunal fédéral est parvenu au même constat dans le cas d'un agriculteur de 57 ans qui ne pourrait exercer d'activité adaptée sans reconversion professionnelle et qui ne disposait subjectivement pas des capacités d'adaptation nécessaires à cette fin (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 4.3.2).

14. En l'espèce, l'OAI a mandaté le Dr H\_\_\_\_\_ pour expertise. Dans son rapport du 22 novembre 2013, celui-ci a estimé la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité d'employée de salle à manger d'EMS à 40% et dans une activité adaptée à 75%. Il a précisé que l'assurée présentait une limitation concernant les ports de charges avec long bras de levier et porte-à-faux de manière répétitive de plus de 5 kg, ainsi que les mouvements de l'épaule droit au-dessus de l'horizontale en abduction et en antéversion de manière répétitive. Dans une note du 5 février 2014, le médecin du SMR toutefois s'est écarté de l'avis de l'expert et a considéré que dans l'activité habituelle, la capacité de travail de l'assurée restait nulle, compte tenu du cahier des charges d'une employée de cafétéria. En revanche, dans une activité capable de respecter les limitations fonctionnelles figurant ci-dessus, d'un point de vue médico-théorique, il lui a paru tout à fait acceptable de retenir une exigibilité de 75% dès janvier 2012. La chambre de céans constate que le rapport d'expertise se base sur l'étude approfondie du dossier médical de la recourante, ainsi que sur des examens cliniques complets. Les anamnèses sont précises et détaillées, et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. L'appréciation de la situation médicale est claire et l'expert s'est déterminé sur la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Il a dûment expliqué et motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il y a toutefois lieu de suivre le SMR dans son analyse de la capacité de travail de l'assurée dans son activité d'employée dans une cafétéria d'EMS et de considérer que celle-ci est de 0%. Il s'ensuit que ce rapport, hormis ce point, remplit les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante.

15. L'assurée, quant à elle, considère qu'aucune activité adaptée n'est exigible d'elle. Elle reproche à l'expert de minimiser l'impact réel de ses affections sur les activités quotidiennes et professionnelles. Elle déclare ne pas contester les constatations objectives du Dr H\_\_\_\_\_, mais bien plutôt l'interprétation qu'il en donne.

16. Il y a lieu de constater que les Drs D\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_, ainsi que les médecins du SMR, retiennent les mêmes diagnostics. Les médecins traitants sont en revanche d'avis que la capacité de travail de l'assurée est nulle, quelle que soit l'activité envisagée.

Le Dr F\_\_\_\_\_ a confirmé le 21 août 2014 que le pronostic, quant à la reprise d'une quelconque activité professionnelle, était défavorable, vu la symptomatologie douloureuse,

et la Dresse D \_\_\_\_\_ a indiqué, le 15 septembre 2014, que la recourante présentait des « rachialgies extrêmement invalidantes » et que sa capacité de travail était en conséquence « au maximum de 20% dans une activité adaptée ». Les médecins font ainsi état pour justifier leur appréciation de la capacité de travail, non pas d'atteintes objectives qui n'auraient pas été prises en compte par l'expert, mais des douleurs dont souffre l'assurée. Force est, au vu de ce qui précède, de constater que les observations des médecins traitants ne suffisent pas à mettre en doute les conclusions de l'expert, dans la mesure où les douleurs évoquées - dont l'expert du reste a également reconnu l'existence - ne sauraient en l'état justifier à elles seules de prendre en considération une incapacité totale de travail, de sorte qu'il y a lieu de retenir la capacité de travail dans une activité adaptée fixée par l'expert à 75%. 17. Reste à déterminer le degré d'invalidité. 18. Un degré d'invalidité de 53,8% a été retenu, compte tenu d'un taux d'abattement de 15% - en lieu et place des 10% précédemment retenus -, en raison des limitations fonctionnelles, de l'âge de l'assurée, des années de service dans l'activité principale (21 ans) et du fait que seule une activité légère est exigible. L'assurée considère toutefois que le taux d'abattement de 15% ne tient pas encore suffisamment compte du fait qu'elle est âgée de 61 ans et qu'elle n'a pas de formation. Il y a lieu de rappeler que l'administration dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour fixer le taux d'abattement. Le juge doit ainsi 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. En fixant à 15% le taux d'abattement, l'OAI a déjà entendu tenir compte de l'âge de l'assurée. S'agissant de l'absence de formation, il apparaît que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière. Pour ces motifs, le taux de 15% n'apparaît pas critiquable. Quoi qu'il en soit, même si l'on admettait un taux d'abattement de 20%, le degré d'invalidité ne dépasserait pas 56%, ce qui ne suffirait pas non plus à justifier l'octroi d'un trois-quarts de rente. Aussi le recours ne peut-il être que rejeté. 19. 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, la recourante 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 [RFPA - E 5 10.03]).

**PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. 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.