

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3312/2014

ATAS/1154/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 12 décembre 2018

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ONEX, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Jacques-André SCHNEIDER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa
ROBINSON-MOSER, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1969, a travaillé en qualité d'aide-soignante du 1^{er} octobre 1996 au 30 avril 2014 auprès de B_____ (ci-après l'employeur) et a été, pendant cette période, assurée auprès de La Mobilière Suisse, société d'assurances SA (ci-après la Mobilière) contre les accidents au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20) et contre la perte de gain maladie.
2. Dès le 11 février 2013, l'assurée a été en incapacité de travail totale en raison d'un syndrome anxio-dépressif réactionnel. La Mobilière lui a versé des prestations sur la base de la police d'assurance-maladie collective.
3. Le 17 juillet 2013, l'assurée a subi un accident affectant son épaule et son bras gauches. La Mobilière a pris en charge les suites de cet évènement.
4. Le 7 août 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en raison de fortes migraines, d'un diabète et d'un état psychologiquement instable.
5. Le 19 août 2013, l'employeur a indiqué à l'OAI que, sans atteinte à la santé, l'assurée gagnerait à ce jour et dans sa dernière activité CHF 73'080.- par an, plus les indemnités week-ends et jours fériés, lesquelles s'étaient élevées à CHF 4'540.- en 2012.
6. Le 9 décembre 2013, la Mobilière a confié une expertise au docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur.
7. Par rapport du 20 janvier 2014, l'expert a, notamment, constaté qu'aucune lésion de la coiffe des rotateurs n'avait été mise en évidence. Depuis mi-septembre 2013, les lésions dues à l'accident étaient guéries et l'état de santé était lié exclusivement à un trouble psychologique important déjà présent depuis 2012.
8. Par décision du 29 septembre 2014, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente et à des mesures professionnelles.
9. Par acte du 29 octobre 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire sur la mise en œuvre de mesures de réadaptation et l'octroi d'une rente.
10. Par ordonnance du 21 mai 2015, la chambre de céans a ordonné une expertise rhumatologique et orthopédique qu'elle a confiée aux docteurs D_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, considérant que l'expertise du Dr C_____ ne pouvait se voir reconnaître pleine force probante.

11. À teneur du rapport établi par le Dr D_____ le 4 janvier 2016, il n'y avait pas de diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Du point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 100% dans l'activité habituelle d'aide-soignante. Le *statu quo ante* était restitué le 17 juillet 2014 en tenant compte de l'évolution naturelle d'une capsulite qui, en moyenne, durait un an.
12. Dans son rapport du 6 mars 2016, complété du 9 avril 2016, le Dr E_____ a retenu comme diagnostics ayant pu influencer la capacité de travail un status post contusion face interne du 1/3 moyen du bras gauche et un conflit sous-acromial externe avec bursite chronique sans lésion tendineuse de l'épaule gauche. Dans une activité strictement adaptée, le taux d'activité pourrait être de 100% depuis septembre 2013, sans évolution du taux.
13. Le 30 mai 2016, l'assurée a observé que, conformément aux conclusions du Dr E_____, elle était, en raison d'une maladie, totalement et durablement incapable d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante depuis le 17 juillet 2013. Elle était, en outre, aujourd'hui, totalement incapable de travailler en raison de son atteinte à la santé. Elle avait en conséquence droit à une rente entière d'invalidité.
14. Le 22 septembre 2016, la chambre de céans a constaté que les experts n'avaient pas procédé à une appréciation consensuelle du cas, contrairement à ce qui avait été requis dans le mandat d'expertise, et leur a demandé d'y procéder, concernant en particulier la capacité de travail de l'assurée, mais également les diagnostics et la date du *statu quo sine/ante* des conséquences de l'accident du 17 juillet 2013.
15. Le 17 octobre 2016, le Dr D_____ a informé la chambre de céans qu'il se ralliait à l'avis de son confrère orthopédiste, dont l'argumentation était basée sur des chiffres objectifs retrouvés dans le dossier et non sur un avis théorique. Ils retenaient ainsi un retour au *statu quo ante* le 1^{er} février 2014.
16. Le 3 février 2017, la chambre de céans a demandé aux experts de compléter leur appréciation consensuelle s'agissant de la capacité de travail de l'expertisée.
17. Le 7 février 2017, le Dr D_____ a répondu qu'il ne comprenait pas la demande et qu'il ne voyait pas pourquoi il devrait changer d'avis.
18. Le 2 mars 2017, le Dr E_____ a indiqué avoir rencontré le Dr D_____ le 14 octobre 2016 et qu'il approuvait la synthèse faite par ce dernier.
19. Dans un arrêt du 15 mai 2017 (ATAS/378/2017), la chambre de céans a considéré que l'expertise du Dr E_____ était probante et a retenu la date du retour au *statu quo ante* au 1^{er} février 2014, conformément aux conclusions de cet expert, auxquelles le Dr D_____ s'était rallié. La chambre relevait que les experts n'avaient pas les mêmes conclusions s'agissant de la capacité de travail de l'assurée. Dans la mesure où le Dr D_____ s'était rallié aux conclusions de son confrère s'agissant de la date du *statu quo ante*, la chambre a considéré que l'expertise du Dr E_____ avait une force probante accrue. Elle a ainsi retenu que l'assurée avait une capacité de travail entière dans une activité strictement adaptée à ses limitations

fonctionnelles dès le 1^{er} février 2014. Elle a ensuite procédé à la comparaison des revenus de la recourante, en se plaçant au moment de la naissance du droit à la rente, soit le 1^{er} juillet 2014. Pour fixer le revenu sans invalidité, elle a retenu que la recourante aurait obtenu, en 2014, un revenu annuel de CHF 78'384.17. S'agissant du salaire avec invalidité, elle s'est référée au salaire ESS 2012, TA1, niveau de qualification 4, dans le secteur privé, à hauteur de CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- x 12;) et a fixé le revenu avec invalidité à CHF 48'347.02 en tenant compte de la durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 (41.7) avec une indexation à 2014 et un abattement de 10%.

La chambre a constaté que le taux d'invalidité retenu (38%) n'ouvrait pas le droit à une rente d'invalidité, mais qu'une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI était envisageable. Une mesure d'orientation professionnelle pourrait en outre aider la recourante à cibler la ou les activités les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celles du TA1).

20. La recourante et l'intimé ont tous deux interjeté recours contre l'arrêt de la chambre de céans auprès du Tribunal fédéral.
21. Par arrêt du 6 mars 2018 (9C_453/2017 et 9C_454/2017), le Tribunal fédéral a admis partiellement les recours, annulé l'arrêt du 15 mai 2017 et renvoyé la cause à la chambre de céans pour nouvelle décision. Il a considéré que si les Drs E_____ et D_____ étaient parvenus à une appréciation consensuelle, le 14 octobre 2016, s'agissant de la date à laquelle l'état maladif antérieur était revenu au stade où il se trouvait avant l'accident du 17 juillet 2013, on ne comprenait pas si leur accord portait sur la capacité de l'assurée à reprendre son activité habituelle d'aide-soignante ou sur celle relative à une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Sur ce point, les conclusions du volet orthopédique et rhumatologique de l'expertise bidisciplinaire divergeaient fondamentalement, le Dr D_____ considérant que l'assurée pouvait exercer son activité habituelle, tandis que le Dr E_____ retenait l'impossibilité d'exercer cette activité. Compte tenu des spécialités en présence, une réponse claire et cohérente des experts aux questions posées par la juridiction cantonale était nécessaire. Partant, la cause devait être renvoyée à cette dernière pour mise en œuvre des mesures d'instruction qui s'imposaient sur le plan médical, afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assurée. Dès lors, elle devrait fixer à nouveau la perte de gain de l'assurée et son influence tant sur le droit à la rente, objet du recours de l'assurée, que sur le droit aux mesures de réadaptation d'ordre professionnel. Le Tribunal fédéral ajoutait, par économie de procédure, que la juridiction cantonale s'était manifestement trompée en fixant son revenu d'invalidité en indiquant déterminer celui-ci en fonction du salaire auquel pouvaient prétendre les femmes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé résultant de l'ESS 2012 mais en utilisant en réalité le montant correspondant résultant de l'ESS 2010.

22. Le 24 avril 2018, la chambre de céans a demandé aux Drs D_____ et E_____ de lui transmettre une réponse commune sur les effets de l'atteinte à la santé de l'assurée sur sa capacité de travail dans son activité habituelle d'aide-soignante.
23. Le 17 mai 2018, les experts ont informé la chambre de céans avoir procédé à une nouvelle appréciation consensuelle de la capacité de travail de l'assurée et qu'ils concluaient qu'elle était totalement incapable de travailler dans son activité habituelle, mais capable de travailler à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès septembre 2013, au plus tard le 1^{er} février 2014.
24. Le 15 juin 2018, la recourante a fait valoir qu'il ressortait des expertises des Drs D_____ et E_____, qu'elle était totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante et qu'elle ne pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles que de manière très limitée. La chambre des assurances sociales pouvait dès lors lui octroyer une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2014. En conclusion, l'assurée concluait, à titre principal, à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, subsidiairement d'un quart de rente d'invalidité, avec intérêts à 5% dès le 1^{er} juillet 2014, ainsi qu'au renvoi de la cause à l'intimé pour la mise en œuvre de mesures de réadaptation.
25. Le 26 juin 2018, l'intimé, s'est rallié, en se fondant sur un avis du SMR du 20 juin 2018, aux conclusions des experts, relevant être surpris du changement de position du Dr D_____. En tenant compte d'une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle depuis le 17 juillet 2013, puis entière dans toute activité dès le 1^{er} février 2014, le taux d'invalidité résultant de la comparaison des revenus au moment de la naissance du droit était inférieur au taux minimum de 40% ouvrant le droit à une rente d'invalidité selon l'art. 28 al. 2 LAI.
26. Le 4 juillet 2018, l'intimé a observé que le calcul opéré par la recourante dans son écriture du 15 juin 2018 était erroné. Le degré d'invalidité était de 37.31%, en prenant en compte l'ESS 2014, ce qui n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité.
27. Le 18 juillet 2018, l'assurée a observé que lorsque son droit à une rente d'invalidité était né, les chiffres de l'ESS 2014 n'étaient pas connus. C'était ainsi à juste titre que le Tribunal cantonal s'était référé à l'ESS 2012.
28. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. À ce stade de la procédure et conformément à l'arrêt de renvoi du Tribunal fédéral, le litige ne porte plus que sur la question de savoir si la recourante est totalement capable de travailler ou seulement dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le 1^{er} février 2014 ainsi que sur l'établissement de son taux d'invalidité et, en conséquence, son droit aux prestations de l'assurance-invalidité.
2. 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 1^{er} 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).

3. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; 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.

Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

4. 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).
5. Suite à l'arrêt du Tribunal fédéral du 6 mars 2018, les experts E_____ et D_____ ont retenu, de façon consensuelle, qu'après le 1^{er} février 2014, la recourante était en incapacité de travail à 100% dans son activité habituelle et qu'une activité strictement adaptée à ses limitations était possible dès septembre 2013, au plus tard le 1^{er} février 2014. Les parties n'ont pas contesté cette conclusion et il convient en conséquence d'établir sur cette base le taux d'invalidité de la recourante.
6. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

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).

Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les

salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

Selon la jurisprudence, il y a lieu de se fonder sur les données les plus récentes, soit celles qui étaient accessibles au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 143 V 295 consid. 4). Dans le cadre de l'évaluation du degré d'invalidité dans l'assurance invalidité, le Tribunal fédéral a jugé qu'il serait contraire à la loi fédérale d'utiliser les ESS 2012 si les chiffres correspondants n'étaient pas encore disponibles au moment de la décision (arrêt 9C_699/2015 du 6 juillet 2016 consid. 5.2 avec références).

Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x.49%, il faut arrondir à x% et pour des valeurs à partir de x.50 %, il faut arrondir à x+1% (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

7. Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPG), on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. 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. Il est certes possible de s'écarter de la notion de marché équilibré du travail lorsque, notamment l'activité exigible, au sens de l'art. 16 LPG, ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe quasiment pas sur le marché général du travail ou que son exercice impliquerait de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (cf. RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328; arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 et 9C_659/2014 du 13 mars 2015 consid. 5.3.2). Cependant, là encore, le caractère irréaliste des possibilités de travail doit découler de l'atteinte à la santé – puisqu'une telle atteinte est indispensable à la reconnaissance d'une invalidité (cf. art. 7 et 8 LPG) – et non de facteurs psychosociaux ou socioculturels totalement étrangers à l'invalidité (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_286/2015, op. cit, consid. 4.2).

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).

La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). 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). En d'autres termes, il s'agit uniquement de savoir si, compte tenu de son état de santé, il est à même d'exercer une activité déterminée sans que l'on ait à rechercher s'il va trouver un employeur disposé à lui confier ce travail. Si l'on tenait compte des fluctuations de l'offre et de la demande sur le marché du travail, on aboutirait à ce résultat qu'un assuré serait tantôt admis à bénéficier de la rente et tantôt ne le serait pas suivant que les offres d'emploi seraient peu nombreuses ou au contraire abondantes. Les décisions de l'AI finiraient d'être dépourvues de tout fondement objectif.

À la différence de simples fluctuations conjoncturelles, les modifications structurelles que peut connaître le marché du travail sont des circonstances dont il faut tenir compte en matière d'assurance-invalidité. L'augmentation de la productivité au sein des entreprises, la pression sur la rentabilité ou les nécessités de maîtriser les coûts salariaux pèsent sur les salariés qui doivent faire preuve d'engagement et d'efficacité, s'intégrer dans une structure d'entreprise et montrer des facultés d'adaptation importantes. Dans ce contexte, des troubles importants de la personnalité peuvent constituer des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2112 et 2113).

Le Tribunal fédéral a ainsi admis dans un arrêt 9C_984/2008 du 4 mai 2009 (consid. 5.2 et 6.2) qu'un employeur ne prendrait pas le risque d'engager une personne qui souffrait d'un grave trouble de la personnalité et qui ne pouvait exercer d'activités qu'en milieu protégé, soit dans un environnement confiné et protégé, en dehors de tout stress professionnel et social.

Dans un arrêt 9C_496/2015 du 28 octobre 2015 (consid. 3.3), le Tribunal fédéral a considéré que la jurisprudence précitée ne trouvait pas application s'agissant d'un cas dans lequel aucune réserve n'avait jamais été exprimée par les experts consultés

au sujet de la capacité de la recourante à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. Une restriction de l'exigibilité ne pouvait découler de la simple diminution de la capacité de travail de l'intéressée. Par ailleurs, l'état dépressif de cette dernière, de degré moyen, n'empêchait pas une certaine activité professionnelle à dire d'experts. Les experts avaient pris en considération le retrait social et la difficulté de l'accessibilité thérapeutique, rendant réservé le pronostic global quant à la reprise d'activité professionnelle quelconque dans le circuit économique, avant de conclure qu'une activité adaptée à 40-50% leur paraissait exigible de la part de la recourante.

8. En l'espèce, la recourante a fait valoir qu'il ressortait des expertises des Drs D_____ et E_____ qu'elle était totalement incapable d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante et qu'elle ne pouvait exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles que de manière très limitée de sorte qu'elle devait se voir octroyer une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} juillet 2014.

En l'occurrence, les experts ont reconnu à la recourante une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sans émettre de réserve au sujet de sa capacité à exercer une activité sur le marché équilibré de l'emploi. La nature et l'importance de sa pathologie ne constituent pas des obstacles irrémédiables à la reprise d'un travail sur un marché, qui offre un éventail suffisamment large d'activités légères dont un nombre significatif est adapté à ses limitations fonctionnelles et accessibles sans aucune formation particulière. Il n'y a pas lieu de se demander si, concrètement, la recourante peut trouver un travail. L'on ne peut assimiler le cas de la recourante à celui pour lequel le Tribunal fédéral a considéré que les troubles importants de la personnalité du recourant constituaient des obstacles irrémédiables à la reprise d'une activité salariée (9C_984/2008 du 4 mai 2009 consid. 5.2 et 6.2).

Il convient donc de retenir que la recourante peut mettre à profit sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations et qu'elle n'a en conséquence pas droit à une rente entière d'invalidité.

9. Pour établir le taux d'invalidité de la recourante, il faut comparer les revenus avec et sans invalidité, en se plaçant au moment de la naissance du droit à la rente, soit le 1^{er} juillet 2014, date qui n'est pas contestée par les parties, de même que le revenu sans invalidité à prendre en compte, qui est de CHF 78'384.17, et le fait qu'il convient, pour fixer le salaire avec invalidité, de se référer aux ESS et en particulier au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé au moment de la naissance du droit à la rente. Les parties s'opposent en revanche sur les ESS à prendre en compte, la recourante estimant que ce sont celles de 2012 et l'intimé celles de 2014.

Lorsque la décision litigieuse a été rendue, le 29 septembre 2014, les ESS 2014 n'avaient pas encore été publiées et les ESS 2012 l'étaient depuis le 28 avril 2014 (<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees>

/communiqués-presse.htm). Il en résulte que le revenu avec invalidité doit être fixé sur la base des ESS 2012.

Il convient ainsi de procéder au calcul du taux d'invalidité en tenant compte du salaire mensuel auquel pouvaient prétendre les femmes exerçant une activité simple et répétitive dans le secteur privé résultant de l'ESS 2012 (tableau TA1_tirage_skill_level, niveau de qualification 1, valeur médiane ou centrale), soit CHF 4'112.-, soit CHF 49'344.- par année. Ce montant doit être porté à CHF 51'441.12, en prenant en compte une durée hebdomadaire moyenne usuelle dans les entreprises en 2014 de 41.7 heures (CHF 49'344 x 41.7 / 40), et à CHF 52'282.17 indexé à 2014. Avec un abattement supplémentaire sur le salaire statistique de 10% retenu par le Tribunal cantonal, le revenu à prendre en compte pour 2014 est ainsi de CHF 47'053.95. La comparaison des revenus donne un taux d'invalidité de 39.97%, qui doit être arrondi à 40%.

Ce taux d'invalidité ouvre à la recourante le droit à un quart rente d'invalidité, selon l'art. 28 al. 2 LAI, dès le 1^{er} juillet 2014.

10. Selon l'art. 26 al. 2 LPGA, des intérêts moratoires sont dus pour toute créance de prestations d'assurances sociales à l'échéance d'un délai de vingt-quatre mois à compter de la naissance du droit, mais au plus tôt douze mois à partir du moment où l'assuré fait valoir ce droit, pour autant qu'il se soit entièrement conformé à l'obligation de collaborer qui lui incombe.

En l'occurrence, le droit à la rente d'invalidité est né le 1^{er} juillet 2014, de sorte que le délai de vingt-quatre mois vient à échéance le 1^{er} juillet 2016. Quant au délai de douze mois, il a débuté le 29 octobre 2014, date du dépôt du recours devant la chambre de céans et est donc venu à échéance, antérieurement, soit le 29 octobre 2015.

Compte tenu de ce qui précède, les prestations arriérées porteront intérêt à 5 % l'an depuis le 1^{er} juillet 2016.

11. Le taux d'invalidité établi ouvre à la recourante le droit à une mesure de reclassement au sens de l'art. 17 LAI. Il conviendra de déterminer si elle est en mesure, en particulier pour des motifs subjectifs, de mettre à profit les possibilités théoriques qui lui ont été reconnues. Une mesure d'orientation professionnelle pourrait en outre l'aider à cibler la ou les activités les plus adaptées à ses limitations fonctionnelles (parmi celles du TA1). Il y a dès lors lieu de renvoyer la cause à l'OAI pour nouvelle décision sur les mesures d'ordre professionnel dont pourrait bénéficier la recourante pour tenir compte du fait qu'elle ne peut plus travailler dans son activité d'aide-soignante et de ses limitations fonctionnelles.
12. Le recours sera ainsi admis, la décision querellée annulée et il sera dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014, avec intérêts à 5% l'an dès le 1^{er} juillet 2016. La cause sera en outre envoyée à l'intimé pour nouvelle décision sur les mesures d'ordre professionnel.

13. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
14. Un émolument de CHF 500.- sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant sur renvoi du Tribunal fédéral

Au fond :

1. Admet le recours.
2. Annule la décision rendue par l'intimé le 29 septembre 2014.
3. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2014.
4. Dit que les prestations arriérées porteront intérêt à 5% l'an depuis le 1^{er} juillet 2016.
5. Renvoie le dossier à l'intimé pour nouvelle décision sur les mesures d'ordre professionnel.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
7. Met à la charge de l'intimé un émolument de CHF 500.-.
8. 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

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le