

GE_GERICHTE ATAS/176/2015 vom 9. März 2015

GE Cour de justice, 2015-03-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_176_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/176/2015 du 9 mars 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/176/2015 del 9 marzo 2015

Erwägungen

E. 43

Le 2 octobre 2013, les EPI ont constaté l'échec du stage, compte tenu de la participation de l'assurée limitée à 2 jours.

E. 44

Le 17 octobre 2013, l'assurée s'est opposée au projet de décision. Le fait que l'OAI reconnaisse que les 2 stages avaient échoué en raison de son incapacité à être présente et opérationnelle et qu'il estime que des nouvelles mesures de réadaptation seraient vraisemblablement vouées à l'échec démontrait que son état de santé actuel ne lui permettait pas de travailler, quelle que soit l'activité. Dès lors, il était erroné de considérer qu'elle pouvait travailler à plein temps dans une activité adaptée, avec une diminution de rendement de 20%.

E. 45

Par décision du 28 octobre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestation de l'assurée. L'OAI a considéré que la capacité de travail avait été considérablement restreinte depuis le 7 janvier 2007. Sans son atteinte à la santé, l'assurée aurait continué d'exercer son activité de serveuse à plein temps (44 heures par semaine). Selon l'appréciation du SMR et plus particulièrement de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed du 30 avril 2008, la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était nulle. Toutefois, dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles, la capacité de travail médico-théorique raisonnablement exigible était de 100%, avec une baisse rendement de 20% depuis janvier 2007. Il ressortait du rapport du Service de réadaptation que le stage d'observation orientation auprès de l'entreprise sociale privée PRO du 16 novembre 2011 au 24 février 2012 s'était soldé par un échec, en raison de sa présence ponctuelle de 2 heures par jour seulement. Une orientation professionnelle auprès des EPI du 19 août au 17 novembre 2013 avait été prise en charge, mais ce stage avait été interrompu à la suite d'une incapacité de travail attestée par son médecin traitant. Le Service de réadaptation estimait que de nouvelles mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées, dans la mesure où elles étaient vouées à l'échec. Comparant le revenu qu'aurait alors réalisé l'assurée sans invalidité (salaire annuel de CHF 52'105.- en 2008, actualisé à CHF 54'294.30 en 2011) au salaire statistique (TA1 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires – ESS) qu'une femme

A/3669/2013 - 15/32 - pourrait réaliser dans le secteur de l'industrie légère, grâce à une activité simple et légère à temps plein, sous déduction d'une baisse de rendement de 20% (CHF 43'015), l'OAI a obtenu un degré d'invalidité de 20,80% arrondi à 21%. Ce taux n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. Enfin, l'OAI a considéré que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, car elles n'étaient pas de nature à

améliorer la capacité de gain de l'assurée.

E. 46

Par acte du 15 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant à son annulation et à ce qu'un trois quarts de rente d'invalidité lui soit octroyé. A titre liminaire, elle a sollicité un délai pour pouvoir compléter son recours à l'aide d'un conseil. Elle contestait son degré d'invalidité de 21%. En effet, selon le Dr B_____, sa capacité de travail dans une activité adaptée était limitée à 30 ou 40%. De plus l'expertise du CEMed sur laquelle se fondait l'intimé datait de plus de 5 ans et n'était plus d'actualité. En tous les cas, sa valeur probante était remise en cause. En raison d'un vice de forme lié à la signature de l'acte du 15 novembre, la recourante a déposé un nouveau recours au contenu identique le 21 novembre 2013, dans le délai imparti par la chambre de céans.

E. 47

Le 18 décembre 2013, la recourante a complété son recours, concluant préalablement à ce qu'une expertise pluridisciplinaire orthopédique, rhumatologique et psychiatrique soit ordonnée et principalement à l'annulation de la décision et à la reconnaissance de son droit à une rente entière d'invalidité, sous suite de dépens. L'OAI se fondait sur des données obsolètes, dans la mesure où elles remontaient à 2008 et ne reflétaient que très partiellement le tableau clinique actuel. S'appuyant sur le rapport du 11 décembre 2013 du Dr B_____, la recourante considérait que les expertises du CEMed répondaient aux seuls besoins de l'assureur-accident, que son état psychique n'avait pas suffisamment été pris en compte, que les douleurs dont l'origine avait été objectivée n'avaient pas été différenciées de celles qui ne l'avaient pas été et que les effets de son importante médication sur la capacité de travail n'avaient pas été évalués. Le rapport du CEMed de 2008 ne pouvait se voir reconnaître une quelconque valeur probante, en raison de son caractère succinct et de son contenu contradictoire. Ses troubles psychiques étaient en grande partie à l'origine de l'échec des mesures professionnelles.

E. 48

Dans un avis du 10 janvier 2014, le Dr Q_____ du SMR a considéré que l'expertise d'avril 2008 du CEMed était convaincante et qu'il était légitime d'en suivre les conclusions, à savoir que la capacité de travail de la recourante était nulle dans son activité habituelle, mais pleine dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. A cette époque, le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive et le trouble somatoforme n'étaient pas considérés comme incapacitants. Aucun élément médical objectif ne permettait d'expliquer les échecs des mesures professionnelles mises en place ou de s'écarter des conclusions précédentes.

A/3669/2013 - 16/32 - D'ailleurs, dans son rapport du 5 avril 2012, le Dr B_____ avait indiqué que l'état de santé était stationnaire depuis 2008. Dans son rapport du 11 décembre 2013, ce dernier expliquait pourtant que les expertises du CEMed ne reflétaient que très partiellement le tableau clinique actuel. Il ne fournissait toutefois aucun élément médical objectif permettant de justifier d'une modification de l'état de santé de la recourante depuis 2008, se contentant de relever que les traitements psychiatriques et antalgiques entraînaient des effets secondaires très importants, sans en préciser les conséquences. Par conséquent, il était souhaitable de requérir du Dr B_____ des renseignements sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis l'expertise du CEMed de 2008.

E. 49

Dans sa réponse du 12 février 2014, l'intimé a réservé ses conclusions sur le fond du litige. Tant le SMR que le Dr B_____ avaient considéré en avril 2012 que les expertises du CEMed constituaient une base fiable et suffisante pour évaluer l'état de santé de la recourante. Par conséquent, le Dr B_____ se contredisait en niant la valeur probante des expertises du CEMed dans son rapport du 11 décembre 2013. Par ailleurs, il se contentait de remettre en question l'évaluation des experts, sans indiquer les lésions qui auraient été omises dans lesdites expertises. Contrairement à ce que soutenait la recourante, les expertises du CEMed avaient pris en considération l'ensemble de ses plaintes, qu'elles soient en lien avec l'accident ou pas. Elles avaient été analysées sous l'angle de la notion d'invalidité, la notion d'invalidité étant un principe identique en assurance-invalidité et accidents. Du point de vue psychique, la recourante ne présentait pas de limitation fonctionnelle invalidante dans son activité habituelle, tel que l'avait relevé l'expertise du CEMed de 2008 au terme d'une argumentation étoffée. De plus, ce rapport ne présentait aucune contradiction. L'état de santé psychique de la recourante avait été dûment analysé. Il n'existait donc aucun motif de s'écarter des expertises du CEMed. En ce qui concerne l'évolution de l'état de santé de la recourante, il ressortait des rapports des Drs N_____ et B_____ de 2009 et 2012 que l'état de la recourante était stationnaire. En réalité, son état de santé ne s'était pas modifié depuis les expertises du CEMed. Cela étant, il était opportun que le Dr B_____ se prononce clairement sur l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis 2008, ce qui était également préconisé par le SMR.

E. 50

Une audience d'enquête s'est tenue le 6 mai 2014. A cette occasion, le Dr B_____ a indiqué être le médecin traitant de la recourante depuis 19 ans. Aux diagnostics retenus par le SMR, il ajoutait une dissociation scapho-lunaire et, en lieu et place de l'épicondylite gauche, une épitrochléite, ce qui était plus ou moins pareil. Les expertises du CEMED avaient été réalisées à la demande de l'assureur-accidents. Elles avaient dès lors une vision exclusivement en relation avec l'accident. Il considérait que pour évaluer la capacité de travail d'une

A/3669/2013 - 17/32 - personne, il fallait avoir une vision plus globale. Les experts du CEMed n'avaient pas tenu compte du fait que la recourante devait prendre des médicaments très puissants qui causaient des effets secondaires importants. Elle devait notamment prendre un antidépresseur et de la morphine, qui, lorsqu'ils étaient associés, causaient une grande fatigue et un manque de concentration. La plupart des douleurs dont elle souffrait pouvaient s'expliquer objectivement. Certaines étaient en revanche à mettre en relation avec un trouble somatoforme douloureux. Depuis 2008, il n'y avait pas d'évolution quant aux diagnostics. En revanche, il avait dû augmenter les doses de médicaments, en raison des douleurs plus fortes. Il y avait donc une dégradation. Sur le plan psychiatrique, son état pouvait être qualifié de stationnaire, avec des hauts et des bas. Dans son rapport du 4 avril 2012, il avait mentionné que l'état de santé était stationnaire. Il voulait dire par là qu'il n'y avait pas de nouveau diagnostic. S'agissant des stages, ils étaient psychiquement difficiles pour la recourante et provoquaient une recrudescence des plaintes. En raison de l'influence défavorable sur son état de santé, il avait réduit le temps d'activité du premier stage et interrompu le second. Il lui était très difficile de fixer un taux de capacité de travail. Il estimait toutefois ce taux à 40% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En rapport avec l'avis du SMR du 21 août 2008, le Dr B_____ confirmait que la recourante

était atteinte aux deux bras, à l'épaule, au coude et au poignet, ce qui impliquait une amplitude de mouvements limitées, une limitation des ports de charges trop lourdes et une perturbation du sommeil. Les mouvements répétitifs et les mouvements de rotation lui étaient également interdits. Une intervention à l'épaule droite avait été un échec, de sorte qu'il n'y avait plus d'amélioration possible. Elle souffrait en outre de maux dorsaux qui l'empêchaient de s'incliner vers l'avant et de rester debout longtemps. Elle ne pouvait pas non plus rester assise toute une journée. Les limitations dues à la nuque venaient s'ajouter aux autres, mais n'étaient pas au premier plan. S'agissant du genou droit, la dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne impliquait qu'elle ne pouvait pas rester debout trop longtemps, marcher longtemps et monter et descendre des escaliers. Une canne n'était toutefois pas nécessaire en l'état. Même si la recourante exerçait une activité adaptée à 40%, un certain absentéisme serait prévisible, en raison de douleurs plus importantes occasionnées par le travail lui-même. Il était très difficile de dire si une baisse de rendement devrait être appliquée à ces 40%. Il approuvait les limitations fonctionnelles retenues par le SMR dans son rapport du 21 avril 2009, étant précisé qu'il y ajouterait les mêmes limitations pour le membre supérieur droit, avec pour celui-ci une force de préhension du pouce diminuée en plus. Ce rapport indiquait qu'il n'avait plus fait mention du bras droit, ce qui constituait une omission de sa part.

A/3669/2013 - 18/32 - Les médicaments cités dans son rapport du 4 avril 2012 étaient ceux qu'il prescrivait à la recourante, étant précisé qu'il lui prescrivait en outre du Dafalgen et du Ponstan. Compte tenu du traitement médicamenteux, une activité adaptée devrait également prendre en considération une certaine lenteur de sa part. Une activité de conduite automobile n'était pas adéquate en raison de ses problèmes au genou, des changements de vitesse et des effets des médicaments. 51. Par courrier du 19 juin 2014, la Dresse H_____ a répondu à plusieurs questions de la chambre de céans et de la recourante. Elle suivait cette dernière sur le plan psychiatrique. Le premier suivi avait eu lieu du 11 décembre 2002 au 13 janvier 2003 pour un état dépressif survenu dans un contexte de conflit conjugal. Il avait été interrompu par la recourante. Le second suivi avait débuté dès le 21 novembre 2007 pour des états dépressifs récurrents. Deux séances avaient eu lieu en 2007, 19 séances en 2008, 16 séances en 2009, 12 séances en 2010, 10 séances en 2012, 9 séances en 2013 et 6 séances en 2014, soit une séance par mois en moyenne. L'état dépressif récurrent était présent depuis 2007, la situation s'étant plutôt chronicisée, mais celui-ci pouvait être qualifié de léger à moyen. Le trouble de personnalité dépendante était inchangé. Il n'y avait pas de nouveau diagnostic. Depuis décembre 2007, la thymie avait été fluctuante. Durant quelques mois en 2010, 2011 et 2012, la recourante avait été euthymique. Ses baisses d'humeur étaient souvent liées aux événements et aux conflits familiaux ou à une recrudescence de ses douleurs somatiques. Elle recevait un antidépresseur tricyclique. Elle avait une mauvaise tolérance au bruit et au stress. Elle avait mal vécu son agression au travail en 2006. Dans son activité habituelle, elle était vulnérable au stress. Sur le plan psychiatrique, elle était en mesure de travailler au moins à 50% dans une activité sans stress et avec un horaire régulier. L'importante médication à laquelle la recourante était astreinte n'influait pas son état psychique, à l'exception des moments d'adaptation des doses d'antidouleurs à base d'opiacés. Le pronostic était peu favorable, au vu de la chronicité de la situation. 52. Dans un avis du 30 juin 2014, le Dr Q_____ du SMR a notamment relevé que les déclarations du Dr B_____ ne permettaient pas de retenir un changement notable de l'état de santé de la recourante. En particulier, une augmentation des doses de médicament ne justifiait pas une aggravation de la symptomatologie, mais seulement une

mise en échec thérapeutique. De même, l'échec des stages n'était justifié que par des difficultés psychiques et une recrudescence des plaintes, sans aucun élément objectif. La Dresse H_____ indiquait que la médication ne jouait aucun rôle sur l'état psychique, contrairement à ce que soutenait le Dr B_____. Cette dernière ajoutait encore que le trouble dépressif était seulement léger à moyen, diagnostics non incapacitants, et que la capacité de travail de la recourante était d'au moins 50%. Elle insistait sur la composante réactionnelle des épisodes temporaires d'aggravation d'humeur. Ces conclusions ne faisaient que confirmer les conclusions du SMR.

A/3669/2013 - 19/32 - 53. Dans ses observations du 17 juillet 2014, l'intimé a intégralement persisté dans ses conclusions. Il s'est référé à l'avis du 30 juin 2014 du Dr Q_____, soulignant le fait que les déclarations du Dr B_____ lors de l'audience au sujet des effets de la médication sur l'état psychique étaient contredites par la Dresse H_____. Pour le surplus, l'état psychique de la recourante était constant, dans la mesure où elle présentait un état dépressif récurrent non invalidant. 54. Dans ses observations du 3 septembre 2014, la recourante a persisté dans ses conclusions. Les diagnostics retenus dans l'avis du SMR du 30 juin 2014 étaient lacunaires et bien éloignés de la réalité, compte tenu des déclarations du Dr B_____ lors de son audition du 6 mai 2014. En réalité le SMR sous-estimait son état de santé. D'ailleurs, il ne prenait pas en compte les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse H_____, laquelle attestait, sur le seul plan psychiatrique, d'une capacité de travail dans une activité sans stress de 50% seulement. Vu l'importance des limitations, il était évident qu'une expertise datant de 2008 et réalisée dans le but de répondre aux questions posées dans le cadre d'une instruction de l'assurance-accidents n'était pas suffisante pour apprécier le cas en assurance-invalidité. De plus, elle voyait mal quelle activité était encore compatible avec ses limitations fonctionnelles, ce qui obligeait l'intimé à déterminer concrètement quelle activité était exigible. 55. A la suite de quoi 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. 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). 3. 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

A/3669/2013 - 20/32 - 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1er janvier

2004 (4ème révision) au 31 décembre 2007, du 1er janvier 2008 (5ème révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1er janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). 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 (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA). 5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à une mesure de réadaptation, plus particulièrement sur l'évaluation de sa capacité de travail. 6. En vertu de l'art. 28 LAI, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (al. 1 let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (al. 1 let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (al. 1 let. c). 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 (al. 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 1er janvier 2008). 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 administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

A/3669/2013 - 21/32 - 7. Comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents, assurance militaire et assurance- invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en

faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C_751/2007). 8. 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 des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative

A/3669/2013 - 22/32 - insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 9. 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). 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

A/3669/2013 - 23/32 - l'évaluation de l'invalidité (arrêts du Tribunal administratif fédéral 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'invalidé, 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'invalidé 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). Selon la jurisprudence, le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'assuré. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, la jurisprudence considère que le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base des statistiques salariales (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475; 126 V 75 consid. 3b/aa p. 76 et les références). 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 p. 323). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). 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,

A/3669/2013 - 24/32 - 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 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). 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). 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).

A/3669/2013 - 25/32 - 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). Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). 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

A/3669/2013 - 26/32 - 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). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de

mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). 11. 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).

A/3669/2013 - 27/32 - 12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 13. En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%, depuis janvier 2007. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde principalement sur l'expertise du CEMed du 30 avril 2008, le rapport du SMR du 21 avril 2009 et le complément d'expertise du CEMed du 17 mars 2010. Quant à la recourante, elle sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire et l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle conteste la valeur probante et la pertinence des expertises du CEMed, du fait qu'elles ont été diligentées par l'assureur-accidents, qu'elles ne reflètent pas son tableau clinique actuel et qu'elles sont trop anciennes, succinctes et contradictoires. A titre liminaire, il convient de relever que le dossier contient suffisamment d'éléments permettant de se déterminer sur l'état de santé de la recourante et sa capacité de travail. Dès lors, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire n'est pas utile à la résolution du litige et la demande de la recourante y relative doit être rejetée. Sur le fond, la chambre de céans constate que l'expertise du CEMed du 30 avril 2008 et son complément du 17 mars 2010 répondent aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante : ils se fondent sur l'examen de la recourante et l'étude de son dossier médical, comprennent une anamnèse, relatent les plaintes de la

recourante et indiquent les constats objectifs des experts. Les diagnostics sont clairs et cohérents. Les conclusions quant à la capacité de travail et aux limitations fonctionnelles sont bien motivées. Enfin, l'appréciation du cas permet de comprendre les troubles affectant la recourante et leurs conséquences sur sa capacité de travail. Il en va de même du rapport du SMR établi le 21 avril 2009 par le Dr O_____ dans la mesure où ce dernier fonde son analyse sur l'expertise du CEMed du 30 avril 2008. C'est en vain que la recourante invoque l'avis de son médecin traitant, le Dr B_____, pour contester les expertises du CEMed. En effet, quand bien même ces expertises ont été mise en œuvre par l'assureur-accidents dans le but principal de

A/3669/2013 - 28/32 - déterminer l'existence ou non d'un lien de causalité entre les atteintes à la santé et les accidents subis, il apparaît que les experts se sont également penchés sur le caractère invalidant de ces atteintes et sur leurs effets sur la capacité de travail. Cela s'explique notamment par le fait que l'assureur-accidents était également l'assureur d'indemnités journalières en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, et que la connaissance des effets des diagnostics sur la capacité de travail de la recourante lui était indispensable. Rappelons encore qu'à teneur de la jurisprudence la notion d'invalidité en assurance-invalidité et en assurance-accidents est identique. Contrairement à ce que soutient la recourante, les experts du CEMed ont analysé et argumenté en détails les différentes atteintes somatiques et psychiques et leurs effets, de sorte qu'on ne saurait attribuer aux expertises un caractère succinct. De plus, le fait que les constatations objectives des experts et les conclusions qu'ils en tirent ne correspondent pas aux plaintes exprimées par la recourante ne saurait être considéré comme des contradictions. En effet, si un tel raisonnement devait être appliqué, l'analyse objective contenue dans un rapport médical devrait systématiquement correspondre aux plaintes subjectives qu'il expose, ce qui reviendrait, en d'autres termes, à rendre toute analyse médicale inutile, puisque les plaintes de l'assuré devraient être tenues pour avérées. Relevons encore que la critique des expertises du CEMed par le Dr B_____ ne repose sur aucune base objective. En réalité, le médecin traitant de la recourante se contente de substituer sa propre analyse du cas à celle des experts, sans présenter d'éléments médicaux objectifs qui permettraient de s'en écarter. En outre, l'aggravation de l'état de santé alléguée n'est pas rendue vraisemblable, dans la mesure où, dans son rapport du 4 avril 2012, le Dr B_____ a considéré que l'état de la recourante était stationnaire depuis 2008. A ce propos, les explications de ce médecin lors de l'audience d'enquête du 6 mai 2014 n'emportent pas la conviction de la chambre de céans. En effet, selon toute vraisemblance, un médecin traitant qui constaterait une augmentation des douleurs d'un patient le mentionnerait dans un rapport médical à l'attention de l'assurance-invalidité, quand bien même les diagnostics demeureraient inchangés. En ce qui concerne plus particulièrement l'état de santé psychique de la recourante, les explications fournies par la Dresse H_____ ne permettent pas non plus de s'écarter de l'analyse des experts du CEMed et du Dr O_____. Il apparaît en effet, que l'état psychique de la recourante est stable depuis 2007, les baisses d'humeur étant liées à des événements, des conflits familiaux ou à une recrudescence de ses douleurs somatiques. En outre, la Dresse H_____ a confirmé que le traitement médicamenteux n'avait aucun effet sur sa santé psychique. Enfin, la recourante ne saurait être suivie lorsqu'elle estime que les expertises du CEMed devraient être écartées en raison de leur ancienneté. Si ces expertises ont été établies il y a plusieurs années, respectivement 7 et 5 ans, il ressort des développements qui précèdent que l'état de santé de la recourante n'a pas évolué

A/3669/2013 - 29/32 - depuis lors, de sorte que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise est dénuée de toute utilité. La chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions des expertises du CEMed et du rapport du Dr O_____. Il convient donc de retenir que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle depuis janvier 2007 et totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, avec une diminution de rendement de 20%, depuis juillet 2007. Sur ce point, c'est à tort que l'intimé a considéré que la recourante était capable de travailler dès le mois de janvier 2007. En effet, comme l'a très justement relevé le Dr O_____ du SMR, la recourante a subi une chirurgie à l'épaule en janvier 2007 et ne pouvait dès lors pas mettre à profit une quelconque capacité résiduelle de travail avant le mois de juillet 2007, soit à la fin de sa convalescence. En tout état de cause, cette erreur n'influence en rien l'issue du présent litige, compte tenu de l'échéance du délai de carence d'une année prévu à l'art. 28 al. 1 let. c LAI. Quant au calcul du degré d'invalidité, il n'est pas contesté par la recourante. C'est à bon droit que l'intimé a fixé ce dernier à 21%. 14. Reste à examiner le droit de la recourante à des mesures de réadaptation. Conformément à l'art. 7 al. 1er LAI, l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail (art. 6 LPGa) et pour empêcher la survenance d'une invalidité (art. 8 LPGa). L'art. 7 al. 2 LAI prévoit en outre que l'assuré doit participer activement à la mise en œuvre de toutes les mesures raisonnablement exigibles contribuant soit au maintien de son emploi actuel, soit à sa réadaptation à la vie professionnelle ou à l'exercice d'une activité comparable (travaux habituels). Il s'agit en particulier de mesures d'intervention précoce (art. 7d LAI), de mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (art. 14a LAI), de mesures d'ordre professionnel (art. 15 à 18 et 18b LAI) et de traitements médicaux au sens de l'art. 25 de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal – RS 832.10). À teneur de l'art. 8 al.1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). En principe, une perte de gain de 20% environ ouvre droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités). Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation

A/3669/2013 - 30/32 - professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1

et les références). 15. En l'espèce, la recourante présente un degré d'invalidité supérieur à 20%, de sorte que l'intimé lui a octroyé deux mesures d'orientation professionnelle. Ces deux mesures ont été un échec, la recourante n'ayant pu mener à terme les stages et réaliser les objectifs qui lui étaient fixés, en raison de plusieurs périodes d'incapacité de travail attestées le Dr B_____. Compte tenu des conclusions des experts du CEMed, du Dr O_____ et de la Dresse H_____, c'est à tort que la recourante estime que l'échec des stages démontrerait son incapacité à travailler. Par ailleurs, il ressort des éléments figurant au dossier, que la motivation de la recourante à retrouver une nouvelle activité professionnelle semble plutôt faible. Malgré sa volonté exprimée de mener à bien les stages proposés, la recourante a régulièrement indiqué qu'elle ne se voyait pas exercer une autre activité que son activité habituelle. De plus, il est apparu une certaine contradiction entre les intentions affichées de la recourante de bénéficier de mesures de réadaptation et son comportement focalisé sur ses douleurs. Les incapacités de travail attestées par le Dr B_____ ont découlé des difficultés psychiques occasionnées par les stages et de la recrudescence des plaintes qu'ils provoquaient, sans qu'aucun élément objectif ne permette de les justifier. A ce propos, il est troublant que la recourante ait bénéficié d'un arrêt de travail 2 jours après le début de son second stage. Cela ne fait que renforcer le sentiment que la motivation de la recourante de bénéficier d'une mesure de reclassement est faible. Compte tenu de ces éléments, c'est à bon droit que l'intimé a estimé que d'autres mesures de réadaptation n'étaient pas opportunes, car vraisemblablement vouées à l'échec. 16. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.

A/3669/2013 - 31/32 - 17. Etant donné que depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/3669/2013 - 32/32 - 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.