

GE_GERICHTE ATAS/763/2015 vom 6. Oktober 2015

GE Cour de justice, 2015-10-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_763_2015

FR: GE_GERICHTE ATAS/763/2015 du 6 octobre 2015

IT: GE_GERICHTE ATAS/763/2015 del 6 ottobre 2015

Erwägungen

E. 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.

E. 2

a. 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). b. 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). c. En l'espèce, la décision litigieuse du 17 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière

A/3545/2014 - 14/26 - d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

E. 3

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 du 20 novembre 2014, contre la décision du 17 octobre 2014,

adressée par pli postal et vraisemblablement reçue le 21 octobre 2014 par la recourante (timbre sur la décision), est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.

E. 4

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel sous forme de reclassement, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.

E. 5

a. 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). b. 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).

E. 6

a. 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). b. 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

A/3545/2014 - 15/26 - 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). c. 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). d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). e. 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). f. 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

A/3545/2014 - 16/26 - 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).

E. 7

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).

E. 8

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).

E. 9

En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente une capacité de travail nulle, tant dans son emploi précédent d'éducatrice pour la petite enfance que dans sa dernière activité de polisseuse en horlogerie, et ce depuis le 10 février 2011. Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit toutes activités sérielles légères, dès le 30 juin 2011, sur la base de l'avis du SMR du 1er juillet 2014, se fondant essentiellement sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 18 mars 2014. La recourante considère, pour sa part, posséder une capacité de travail résiduelle nulle dans toutes les activités, au vu de ses nombreuses et importantes limitations fonctionnelles, en se basant principalement sur les avis des Drs J_____, F_____

A/3545/2014 - 17/26 - et P_____. A tout le moins, si l'exercice d'une activité adaptée devait être exigée de sa part, elle estime avoir le droit à des mesures de reclassement.

E. 10

kg et autorisant des changements relativement fréquents de position, et pronostiquait une capacité de travail totale, dans une telle activité, dans les mois à venir. c. Toutefois, s'agissant de la date à partir de laquelle une telle capacité de travail peut être retenue, les conclusions du SMR ne sauraient être suivies. En effet, le SMR retient une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée, dès le 30 juin 2011, date de l'examen du Dr H_____ retenant une origine malade, et non plus accidentelle, des atteintes de la recourante. Or, le Dr H_____ a clairement indiqué, à la date de cet examen, retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et de 100% dans les mois à venir. On ne saurait ainsi considérer, sur cette base, que la capacité de travail de la recourante était déjà totale le 30 juin 2011. Cependant, dans un rapport du 5 février 2012, le Dr F_____ indiquait que, théoriquement, la capacité de travail de la recourante était complète dans un poste

A/3545/2014 - 20/26 - de travail tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Par la suite, le Dr F_____ recommandait des mesures de reclassement, dans ses rapports des 8 août 2014 et 30 mai 2015, moyennant lesquelles une activité professionnelle adaptée pouvait ainsi être reprise. Cette évaluation de la capacité de travail de la recourante, établie par son médecin traitant, doit par conséquent être prise en compte. Dans ces conditions, on admettra que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de février 2012.

E. 11

Il sied dès lors de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante.

E. 12

a. 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. b. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er 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. c. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, 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). d. 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

A/3545/2014 - 21/26 - 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). e. Quant au revenu d'invalide, 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'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). 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). Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurées, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3). 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). f. 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

A/3545/2014 - 22/26 - 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).

E. 13

a. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en février 2012, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 26 août 2011 et que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le 10 février 2011. b. Depuis février 2012, comme examiné précédemment, la recourante dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. c. Pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il convient ainsi de se placer en 2012, et non en 2011 comme l'ont considéré les parties. d. S'agissant du revenu sans invalidité, les parties se sont référées, à juste titre, à la dernière activité de la recourante en 2008, soit à un salaire horaire de CHF 29.04 et à un nombre d'heures de travail par semaine de 40, selon les informations de l'employeur contenues au dossier. Il y a donc lieu de retenir que le salaire hebdomadaire de la recourante s'élevait à CHF 1'161.60 (29.04 x 40). Cependant, en annualisant le salaire de la recourante, les parties ont omis de tenir compte du fait que son salaire horaire comprenait déjà une indemnité vacances de 10.64%, correspondant à un droit aux vacances de 5 semaines (Christiane BRUNNER/Jean-Michel BÜHLER/Jean-Bernard WAEBER/Christian BRUCHEZ, Commentaire du contrat de travail, 3e éd., 2004, p. 413). Il convenait ainsi de multiplier le revenu hebdomadaire par 47 (soit 52 semaines moins 5 semaines de vacances), afin d'obtenir le salaire annuel de la recourante en 2008, étant relevé que le salaire horaire comprenait également la part au 13e salaire. Le revenu annuel de la recourante sans invalidité s'élevait donc à CHF 54'595.20 (29.04 x 40 x 47) en 2008. Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS en 2008 : 2499 et en 2012 : 2630), son revenu sans invalidité en tant que polisseuse de montre aurait été de CHF 57'457.10 en 2012 (54'595.20 x 2630/2499). e.

Concernant le salaire avec invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris une activité lucrative, c'est à juste titre que les parties se sont référées aux ESS. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- x 12 ; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux handicaps de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire

A/3545/2014 - 23/26 - inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2012 (41,7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'854.75 (50'700 x 41.7 : 40) et à CHF 53'900.-, indexé à 2012 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2010 : 2579 et en 2012 : 2630 ; soit 52'854.75 x 2630/2579). En outre, la prise en compte d'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique n'est pas contestée, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante. L'intimé a tenu compte d'un abattement de 10%, en retenant les limitations fonctionnelles suivantes, à la teneur de l'avis du SMR du 1er juillet 2014 : pas de port de charge régulier de plus de 10 kg, pas d'activité nécessitant un travail en position fixe de la colonne cervicale, pas d'engagement physique lourd, et une activité permettant les changements fréquents de position. La recourante requiert, quant à elle, la prise en compte de l'abattement maximal de 25 %. On admettra, avec l'intimé, que seules les limitations fonctionnelles de la recourante peuvent être prises en compte à cet égard. En effet, l'âge de l'assurée en 2012, à savoir 42 ans, le faible nombre d'année de service auprès de son dernier employeur, de même que le fait qu'elle soit titulaire d'un permis C, ne sont pas des critères de nature à justifier un abattement supplémentaire. Cependant, il convient de relever que la recourante rencontre également des limitations fonctionnelles en raison de son déficit d'ouïe, ce que le SMR ne semble pas avoir pris en considération. En effet, les experts ont expressément recommandé une activité peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale. Ainsi, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante et de leur importance, s'agissant d'une assurée rencontrant des difficultés, tant dans sa mobilité que dans ses capacités de communication, la chambre de céans estime qu'un abattement de 15% apparaît plus adéquat dans le cas d'espèce. Le Tribunal fédéral a, par ailleurs, récemment confirmé un tel abattement, s'agissant d'un assuré présentant notamment des limitations fonctionnelles sous forme de travail de type semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions, et pour lequel seul l'exercice d'une activité légère restait donc possible (ATF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 5). Dans ces conditions, il se justifie de tenir compte d'un abattement de 15% et, ainsi, d'un revenu avec invalidité de CHF 45'815.-. f. Partant, en procédant à la comparaison des salaires sans invalidité et avec invalidité, le degré d'invalidité de la recourante est 20.26, soit de 20% ($(57'457.10 - 45'815) \times 100 / 57'457.10$), taux qui ne donne pas droit à une rente.

A/3545/2014 - 24/26 -

E. 14

Par conséquent, il y a lieu de constater que la capacité de travail de la recourante à 100% dans une activité adaptée ne lui donne pas le droit à une rente d'invalidité.

E. 15

Dans un second moyen, la recourante soutient avoir droit à des mesures de reclassement, ce qu'il convient encore d'examiner.

E. 16

a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1er). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Le droit au reclassement suppose ainsi que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1er LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. b. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). c. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95).

E. 17

En l'occurrence, comme examiné précédemment, la recourante présente un taux d'invalidité de 20%. Dès lors, le droit à un reclassement lui est ouvert.

A/3545/2014 - 25/26 - Dans la mesure où il est établi que les activités précédemment exercées par la recourante, d'éducatrice pour la petite enfance et de polisseuse en horlogerie, ne sont plus raisonnablement exigibles de sa part, et que seule une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles peut aujourd'hui être exercée, une mesure de reclassement apparaît opportune. On observera d'ailleurs que la plupart des médecins consultés se sont déterminés en faveur d'une telle mesure. Ainsi, en particulier, dans ses rapports des 8 août 2014 et 30 mai 2015, le Dr F _____ relevait que les perspectives professionnelles de la

recourante apparaissaient très sombres sans mesures de reclassement professionnelles. Dans son rapport du 1er septembre 2014, le Dr J_____ recommandait également un reclassement professionnel pour un travail ne nécessitant pas le concours de la main droite et interdisant le port de poids. Encore, dans son rapport du 3 septembre 2014, le Dr I_____ conseillait la mise en œuvre d'une activité adaptée par le biais des mesures de l'assurance-invalidité.

E. 18

Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante le droit à une rente, mais c'est à tort qu'il lui a refusé le droit à des mesures de reclassement.

E. 19

Au vu de ce qui précède, le recours est en partie admis et la décision du 17 octobre 2014 est annulée, en tant qu'elle refuse à la recourante le droit à des mesures de reclassement. Ladite décision est confirmée pour le surplus.

E. 20

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- 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]). Pour le reste, étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1er juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.-.

A/3545/2014 - 26/26 - 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.