

GE_GERICHTE A/2162/2012 vom 11. Juli 2013

GE Cour de justice, 2013-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2162_2012

FR: GE_GERICHTE A/2162/2012 du 11 juillet 2013

IT: GE_GERICHTE A/2162/2012 del 11 luglio 2013

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame G _____, à GENEVE, représentée par CAP Protection Juridique SA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1. Madame à G _____ (ci-après l'assurée), née en 1959, a travaillé en tant qu'employée chez X _____ de 1989 à 2009. ¹ Dans son rapport du 24 novembre 2008 à AXA WINTERTHUR SA, assurance d'indemnités journalières en cas de maladie, le Dr L _____, spécialiste FMH en médecine interne, a posé le diagnostic de lombosciatalgies invalidantes. Il a attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 20 octobre 2008 et de 100% dès le 18 novembre 2008. ² Le 27 mai 2009, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après l'OAI) en invoquant des problèmes au dos et à la jambe gauche. ³ Dans un rapport du 16 juin 2009, le Dr L _____ a retenu les diagnostics de lombosciatalgie gauche aggravée par l'activité professionnelle et de douleurs importantes du genou gauche, parfois également du genou droit, avec une chondromalacie. Les dorsolombalgies correspondaient à des protrusions discales L4-L5 et L5-S1. Sans mesures de réadaptation professionnelle, le pronostic paraissait réservé. Le médecin a fait état d'une incapacité de travail de 50% du 23 février au 5 mars 2009 et de 100% dès le 6 mars 2009. Le médecin a relaté que, selon la patiente, les mouvements de torsion et le soulèvement de charges déclenchaient des douleurs intolérables. L'activité exercée n'était plus exigible mais les restrictions pourraient être réduites dans une activité permettant d'éviter le port de charges. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : nécessité d'éviter les positions accroupie ou agenouillée, les rotations en position assise ou debout et le port de charges. ⁴ Il ressort du questionnaire rempli par l'employeur le 1 er juillet 2009, que l'assurée était employée comme collaboratrice de tri à raison de 42 h./sem. pour un revenu qui s'était élevé, en 2009, à 68'555 fr. ⁵ Dans un rapport d'évaluation du 7 juillet 2009, l'OAI a indiqué que l'assurée demandait de l'aide pour trouver une autre activité et semblait "prête à rebondir". ⁶ Le 8 octobre 2009, l'OAI a eu un entretien avec l'assurée et son employeur. Ce dernier a déclaré qu'une adaptation du poste au tri n'était pas possible. Un emploi dans un service administratif serait idéal mais il n'y avait pas de poste disponible. Quant au travail au guichet, il exigeait la station debout. En conclusion, il n'y avait pas de réelle ouverture au sein de l'entreprise. ⁷ Le 14 octobre 2009, le Dr M _____, praticien FMH et médecin auprès du SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'AI (SMR), a émis l'avis qu'une activité adaptée était exigible, qu'il a décrite comme légère, évitant le port ou le soulèvement de charges, les positions en porte-à-faux du buste, les flexions-extensions ou les rotations du buste et permettant d'alterner les positions assise et debout. ⁸ Par courriel du 1 er mars 2010, l'employeur de l'assurée a

précisé que le revenu de cette dernière s'élèverait à 69'001 fr. en 2010.![endif]>![if> 10. L'OAI a pris acte du fait que l'employeur de l'assurée ne pouvait la reclasser à l'interne et la licencierait à l'échéance de la couverture des indemnités journalières pour maladie. L'assurée était motivée à reprendre un emploi mais ne pouvait se fixer sur une orientation car elle ne se sentait pas bien physiquement. Elle avait produit un certificat du 5 mai 2010 du Dr L_____, aux termes duquel ses douleurs au dos et au genou s'étaient aggravées; l'incapacité de travail se poursuivait. Au vu de ce certificat, l'OAI a considéré que des mesures d'orientation professionnelle ne pouvaient être mises sur pied dans l'immédiat (cf. note de l'OAI du 10 mai 2010). ![endif]>![if> 11. Dans un rapport du 31 mai 2010, le Dr L_____ a indiqué que des douleurs sélectives à la palpation de l'insertion humérale du ligament latéral interne gauche ainsi qu'un discret épanchement avaient été constatés une année auparavant. A l'époque, le Dr N_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, avait indiqué qu'il était difficile d'imputer les douleurs à une pathologie propre au genou puisqu'une chondromalacie avait été décelée; il avait émis l'avis que le rachis pourrait participer aux douleurs (signes d'instabilité et discopathie sans hernie discale). Depuis lors, aucun nouvel examen n'avait été pratiqué. ![endif]>![if> 12. Le 3 juin 2010, la Dresse O_____, médecin au SMR, a considéré que, faute de nouveaux éléments médicaux objectifs, les conclusions du Dr M_____ du 14 octobre 2009 restaient valables. ![endif]>![if> 13. Le 4 août 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il mettait sur pied un stage d'orientation professionnelle aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI). Ce stage se déroulerait du 30 août au 28 novembre 2010. ![endif]>![if> 14. Par courrier du 14 août 2010, l'assurée a demandé à pouvoir le suivre à mi-temps.![endif]>![if> 15. Dans un rapport du 4 novembre 2010, le Dr L_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente : les lombosciatalgies gauches étaient aggravées par tout mouvement de torsion, par la station debout de longue durée ou le port de charges moyennes; par ailleurs, l'assurée souffrait toujours de douleurs importantes au genou gauche et parfois au genou droit, en lien avec une chondromalacie; les douleurs semblaient augmenter. Lors du stage aux EPI, l'assurée s'était plainte de douleurs cervicales lors d'activités répétitives; le Dr L_____ avait constaté une importante contracture paracervicale des deux côtés. L'assurée ne souffrait d'aucun trouble psychique. La compliance était bonne. La capacité de travail était possible (sic) dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. ![endif]>![if> Le Dr L_____ a produit à l'appui de son rapport un courrier rédigé par le Dr N_____ le 23 août 2010. Ce médecin y disait avoir constaté à l'examen un genou gauche sensible à la palpation, principalement dans la région fémoro-tibiale interne, stable et sans signes méniscaux. La mobilité était conservée mais il y avait une amyotrophie quadricipitale. Les radiographies du genou gauche ne montraient pas de signe d'arthrose. En mars 2009, une IRM n'avait mis en évidence qu'une chondromalacie. Selon le Dr N_____, il n'y avait guère d'envisageable qu'un reconditionnement musculaire du genou. Une arthroscopie ne paraissait pour l'heure pas justifiée. Le dos de l'assurée était également toujours douloureux, bien que seules des protrusions discales aux niveaux L4-L5 et L5-S1 aient été révélées par le scanner du 13 novembre 2008. 16. Dans leur rapport du 2 décembre 2010, les collaborateurs des EPI ont signalé que l'assurée semblait réadaptable dans une activité adaptée. Elle avait paru très motivée en début de mesure, avant d'adopter une attitude plus ambivalente. Malgré une baisse de la motivation, elle avait toujours effectué les exercices demandés avec soin. Son rythme de travail s'était cependant fortement réduit au cours de la période d'atelier, son rendement chutant de 47% en cinq semaines. Elle avait également entrepris de manière

autonome plusieurs démarches pour des recherches professionnelles et avait beaucoup d'idées d'emplois. Un travail répétitif ne la rebutait pas et elle était autonome dans les tâches simples. Les collaborateurs des EPI considéraient qu'une activité à 100%, avec un rendement de 70 à 80%, était possible, ce dont l'assurée doutait en raison de ses douleurs cervicales. Une dégradation de son état à la fin de stage d'atelier avait conduit à une incapacité de travail totale pour une durée indéterminée, mettant un terme à la mesure le 16 novembre 2010, avant le stage en entreprise. Celui-ci pourrait être entrepris une fois l'état de santé de l'assurée stabilisé. !endif]>![if> 17. Dans un rapport du 24 mars 2011, le Dr N_____ a diagnostiqué des gonalgies gauches et des lombalgies, ainsi que des sciatalgies droites sans déficit neurologique. Le pronostic était indéterminé. Selon lui, l'activité habituelle était encore exigible à 80% en raison des douleurs et de l'épanchement du genou gauche. La capacité de travail pourrait être améliorée dans un poste permettant d'alterner les positions et, ainsi, de réduire les gonalgies. Il n'y avait toujours pas d'indication à une arthroscopie. Il préconisait en revanche un reconditionnement musculaire. !endif]>![if> 18. Dans un rapport du 4 avril 2011, le Dr L_____ a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire. Il a fait mention d'une rectitude de la colonne cervicale avec discopathie C6-C7 et protrusion discale paramédiane droite et d'une suspicion non confirmée d'hémangiome C7. !endif]>![if> 19. A la demande de l'OAI, le Dr P_____, spécialiste FMH en rhumatologie, a examiné l'assurée le 15 août 2011. !endif]>![if> Dans son rapport du lendemain, l'expert a retracé l'anamnèse et résumé le dossier de l'assurée. Cette dernière se plaignait de cervicalgies fluctuantes, non présentes tous les jours. Elle décrivait des douleurs limitées principalement à la nuque, très rarement compliquées d'irradiations intéressant les membres supérieurs, et des paresthésies ressenties comme des fourmillements dans les mains en cas de position statique prolongée. Elle rapportait également des lombalgies épisodiques, favorisées par la position assise prolongée mais également par le port de charges. Cette symptomatologie était limitée au bas du dos, sans irradiation. L'assurée supportait d'être assise 45 minutes environ et devait s'arrêter après une heure de marche. Des gonalgies gauches intermittentes étaient également signalées, plutôt mécaniques, favorisées par la marche et le fait de monter ou descendre des escaliers. L'assurée affirmait que son genou était gonflé en permanence, mais sans blocage ni instabilité. Le Dr P_____ a retenu les diagnostics de cervico-lombalgies chroniques et de troubles disco-dégénératifs modérés du rachis. Il a également mentionné, tout en précisant qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail, des gonalgies gauches chroniques dans le cadre d'une chondromalacie. Le status révélait une altération douloureuse de la mobilité tronculaire. La mobilité cervicale était complète. Le genou gauche ne présentait aucun épanchement, sa fonction était complète et il n'y avait pas de signes méniscaux ou ligamentaires. On distinguait une lordose harmonieuse sur les radiographies de la colonne cervicale. Les espaces intervertébraux étaient conservés et il n'y avait pas de troubles dégénératifs manifestes. Les radiographies de la colonne lombaire révélait une spondylarthrose de L5, des espaces intervertébraux conservés et un bon alignement du mur postérieur. Les radiographies du genou gauche montraient des interlignes conservés et l'absence de calcification abarticulaire. Du point de vue rhumatologique, l'expert a conclu à une capacité de travail de 0% dans l'activité habituelle d'employée postale, qui impliquait des contraintes rachidiennes et la position debout prolongée. En revanche, la capacité de travail était de 100%, sans diminution de rendement, dans une activité légère permettant d'alterner les positions toutes les heures et d'éviter le port de charges supérieures à 10 kg et les mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis.

D'un point de vue thérapeutique, l'expert préconisait la poursuite des antalgiques à la demande et la pratique d'une activité physique régulière. Il n'y avait pas de contre-indication rhumatologique à la mise en place de mesures de reconversion professionnelle. 20. Le 28 novembre 2011, l'OAI a indiqué à l'assurée que son stage aux EPI se poursuivrait du 5 décembre 2011 au 11 mars 2012. 21. Dans son rapport du 19 avril 2012, le chef de secteur des EPI a indiqué que le taux de présence de l'assurée avait été de 22 jours sur 69. Sur ces 22 jours de présence, elle avait travaillé 10 jours à mi-temps. Elle était en arrêt de travail à 100 % depuis le 30 janvier 2012. Elle s'était plainte dès la première semaine de douleurs insupportables dans la nuque dont elle était convaincue qu'elles étaient dues à son travail à l'atelier de réentraînement. Elle avait peu investi l'activité proposée, qu'elle estimait inadaptée à son atteinte. Malgré des pauses très fréquentes pour soulager les douleurs, celles-ci n'avaient pas diminué. La posture de l'assurée face à l'établi était figée, ses mouvements très lents. Elle avait adopté la position assise à 80% et la position debout à 20%, en fonction de son besoin d'alternance. Lorsqu'elle devait prendre des pièces sur sa gauche, les mettre en face d'elle puis les déposer sur sa droite, elle faisait pivoter tout son corps. Son rendement était de l'ordre de 40% à mi-temps. Elle déclarait ne pas supporter plus de quelques minutes les positions assise ou debout. Elle n'avait effectué que des tâches très simples de conditionnement de pièces dont le poids était inférieur à 20 gr. et était incapable de travailler dans d'autres activités plus proches de l'industrie légère. Partant, les EPI concluaient que sa polyvalence dans ce domaine était très restreinte. 22. Le 23 avril 2012, l'OAI a procédé au calcul du degré d'invalidité. Il a retenu à titre de revenu d'invalidé le salaire mensuel brut moyen réalisé selon les statistiques par les femmes exerçant une activité simple et répétitive, après réduction supplémentaire de 15%, soit 44'819 fr. (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS 2010], TA1, niveau 4 = 4'225 fr./mois pour 40h./sem. = 52'728 fr./an pour 41,6 h./sem.). La comparaison avec le revenu avant invalidité - 69'001 fr. en 2010 - a conduit à un taux d'invalidité de 35%. L'OAI a estimé par ailleurs que des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées. 23. Le 27 avril 2012, l'OAI a adressé à l'assuré un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit tant à des mesures professionnelles qu'à une rente d'invalidité. Ledit projet reprenait le calcul d'invalidité du 23 avril 2012. 24. Par courrier du 29 mai 2012, l'assurée a manifesté son désaccord avec ce projet. Elle a allégué que ses limitations fonctionnelles n'avaient pas été suffisamment prises en compte lors des stages aux EPI. En effet, bien qu'elle ait été autorisée à faire de nombreuses pauses, elle était la plupart du temps assise, ce qui avait accru ses douleurs. Les stages n'avaient ainsi pas permis d'établir quel type d'activité adaptée elle pourrait exercer à plein temps. Elle souhaitait qu'un stage d'observation professionnelle soit mis en place à cette fin. 25. Par décision du 11 juin 2012, l'OAI a confirmé la teneur de son projet. Il a notamment estimé que les interruptions et les faibles rendements observés durant la 2^{ème} partie du stage d'orientation professionnelle ne découlaient pas d'une atteinte ayant valeur de maladie. 26. Par acte du 12 juillet 2012, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision, à la mise en place d'un stage d'orientation professionnelle adapté à ses limitations puis au réexamen de son droit aux prestations. La recourante allègue avoir dû souvent adopter, durant les stages, la position assise, tête baissée, incompatible avec les limitations fonctionnelles retenues par les différents médecins. Elle produit notamment un rapport du Dr L_____ du 29 mai 2012, rappelant que l'assurée se plaint de fortes douleurs à la rotation de la colonne cervicale à gauche, de lombosciatalgies lors de certains mouvements

et de paresthésies du côté gauche. Ce rapport fait également état d'une anémie importante récemment découverte, d'une légère hypothyroïdie - relativement bien compensée par des hormones thyroïdiennes - et d'un état dépressif plus ou moins important au cours des années précédentes mais semblant s'être amélioré. Le Dr L_____ conclut à une totale incapacité de travail et retient à titre de limitations fonctionnelles : l'obligation d'éviter la torsion de la colonne vertébrale, la station assise ou debout prolongée et le port de charges, même minimales. Selon lui, l'assurée serait apte à exercer une activité professionnelle respectant ces limitations. 27. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 7 août 2012, a conclu au rejet du recours. L'intimé requiert la production des éléments demandés par la Dresse Q_____, médecin au SMR, à savoir : un status clinique, une imagerie et des examens biochimiques. 28. Par courrier du 26 septembre 2012, la recourante a précisé qu'aucune imagerie du rachis n'avait été réalisée depuis août 2011 et a produit un courrier rédigé le 26 septembre 2012 par son nouveau médecin traitant, le Dr R_____, spécialiste FMH en médecine interne. Le Dr R_____ indique avoir reçu la recourante pour la première fois le 20 septembre 2012. Elle se plaignait principalement de douleurs résultant de troubles dégénératifs du rachis cervical et lombaire. La survenance d'une anémie, d'une gastrite traitée et d'une hypothyroïdie n'ont fait qu'ajouter des symptômes transitoires. La dernière prise de sang était quasiment normale. Le médecin exprime l'avis que sa patiente a scrupuleusement suivi les instructions de l'OAI et fait des efforts sans qu'ils débouchent sur une proposition réaliste. Dans ces conditions, l'octroi d'une rente à 35% (sic) lui paraît insuffisant. 29. Le 29 octobre 2012, la recourante a encore produit une copie des résultats de ses examens sanguins, dont elle affirme qu'ils révèlent une tendance à l'anémie. 30. L'intimé s'est déterminé le 16 novembre 2012. L'intimé soutient que les activités proposées par les EPI étaient en adéquation avec les limitations fonctionnelles de la recourante et que le marché du travail comprend suffisamment d'activités adaptées. Il ajoute qu'il n'y a par ailleurs aucun élément objectif permettant de remettre en cause l'expertise du Dr P_____, qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. 31. Par écriture du 12 décembre 2012, la recourante a continué à contester que les stages suivis aux EPI aient été adaptés à ses limitations fonctionnelles. 32. Le 14 février 2013, la Cour de céans a entendu les Drs L_____ et R_____. Le Dr L_____ a confirmé que la capacité de travail de la recourante était nulle dans son ancien poste mais préservée dans une activité respectant les limitations fonctionnelles évidentes, à savoir éviter les positions statiques prolongées (assise et debout), le port de charges et, surtout, les rotations de la colonne vertébrale. En théorie, dans une activité totalement adaptée aux limitations décrites, la capacité de travail de la recourante devrait être de 100%, sans diminution de rendement. Le Dr L_____ n'a pu indiquer en quoi cette activité pourrait consister. Il avait attesté d'un arrêt de travail lors des deux tentatives aux EPI, la recourante lui ayant indiqué que les mesures d'observation étaient menées de manière totalement contre-indiquée : elle devait rester assise trop longtemps et accomplir des mouvements qu'il lui fallait éviter. Quant à l'aggravation constatée à ce moment, il s'agissait d'apprécier la fluctuation des douleurs. L'examen clinique n'avait pas changé, raison pour laquelle de nouvelles radiographies n'avaient pas été ordonnées. Le Dr L_____ a fait remarquer que le Dr P_____ partageait entièrement ses observations et conclusions. Il s'est dit choqué que l'intimé reproche son attitude plaintive à la recourante dont il a pourtant eu le sentiment qu'elle avait toujours manifesté la volonté de travailler à plein temps malgré ses douleurs et qu'elle avait fait "des

pieds et des mains" pour cela. Il a précisé que la recourante se trouvait mieux assise sur un siège de type "selle de cheval" (où l'on est assis à califourchon). Il considérait que l'activité d'ouvrière à l'établi (mise en sachets) pratiquée aux EPI était adaptée pour autant qu'elle n'implique aucun mouvement de rotation. Le Dr R_____ a quant à lui confirmé que l'activité d'employée de tri postal était totalement inadaptée. En revanche, la recourante pourrait exercer une activité adaptée, c'est-à-dire n'impliquant pas de rester debout longtemps et permettant d'éviter port de charges et mouvements répétitifs sollicitant la nuque. Les limitations retenues par le Dr P_____ lui semblaient correctes. Le Dr R_____ a indiqué qu'il lui était très difficile d'évaluer à quel taux une telle activité pourrait être exercée. L'état de la recourante était stable depuis qu'il la suivait. Les symptômes transitoires liés à une anémie, à une gastrite et à une hypothyroïdie mentionnés dans son courrier du 26 septembre 2012 n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Le Dr R_____ a encore précisé soutenir sa patiente dans ses démarches. Selon lui, ses critiques à l'encontre des tentatives de réadaptation sont tout à fait justifiées : la recourante lui a expliqué qu'on lui avait proposé une activité impliquant des mouvements répétitifs avec torsions du buste, qui avaient augmenté ses douleurs à la nuque. La description du poste par les EPI était insuffisante pour déterminer si l'activité était adaptée ou non. 33. La recourante a quant à elle expliqué avoir exercé la même activité lors des deux stages aux EPI. Cette activité consistait à mettre des rosaces dans des sachets. Il fallait les prendre de côté pour les mettre dans les sachets, puis disposer ceux-ci dans de petites caisses. Cela impliquait donc un léger mouvement de torsion. Ce qui l'avait le plus dérangée était de devoir conserver toute la journée une position statique, assise, penchée sur l'établi. C'est d'ailleurs à ce moment-là qu'avaient débuté ses nuchalgies. Elle avait l'impression d'avoir un couteau apposé à cet endroit, en fin de journée. Il lui avait d'ailleurs fallu deux mois de physiothérapie pour calmer les douleurs, ainsi qu'une piqûre chez le Dr L_____. !endif>![if> La recourante a signalé par ailleurs qu'un problème carpien a été diagnostiqué au mois de décembre. Elle a répété qu'elle serait heureuse d'exercer une activité lui permettant de rester en mouvement. Le représentant de l'intimé ayant fait remarquer que, durant les cinquante minutes d'audience, la recourante ne s'était levée que pour poser sa veste, celle-ci a déclaré souffrir néanmoins des cervicales mais rester à sa place par respect pour la Cour. 34. Dans ses écritures du 6 mars 2013, la recourante a persisté dans ses conclusions. !endif>![if> Elle souligne ne pas remettre en cause les limitations fonctionnelles retenues par les médecins mais répète que les activités aux EPI n'étaient pas adaptées à celles-ci. 35. Par écriture du 6 mars 2013, l'intimé quant à lui rappelé que les activités déployées aux EPI étaient particulièrement légères, exercées en position assise avec possibilité de varier les positions et de prendre des pauses à sa guise. Selon lui, les griefs de la recourante sont donc injustifiés au regard des constatations médicales. S'agissant des mouvements de torsion allégués, l'intimé souligne que l'activité proposée consistait à tendre le bras de côté pour se saisir d'une pièce de 20 grammes et la déposer devant soi, geste que la recourante aurait également pu accomplir sans bouger le haut du corps en faisant un pas de côté. Il en tire la conclusion que l'activité aux EPI était donc parfaitement adaptée aux limitations fonctionnelles. !endif>![if> L'intimé relève par ailleurs que les plaintes de la recourante varient. Elle déclare ne pouvoir tenir plus de quelques minutes en position assise ou debout alors que, selon l'expert, la posture assise est possible pendant plus d'une heure. L'intimé ajoute que le centre ORIF, sis dans le canton de Vaud, propose également des stages d'observation et d'orientation professionnelle mais selon lui, une telle mesure est vouée à l'échec, faute d'aptitude subjective de la recourante.

36. Le 8 mars 2013, la Cour de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante et gardé la cause 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; RSG E 2 05) en vigueur depuis le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce. 3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA). 4. L'objet du litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'orientation professionnelle. La décision querellée statuant également sur son droit à la rente, ce point devra également être examiné. 5. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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. 28 al. 2 LAI). En vertu de l'art. 28 al. 1 er 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 (let. a); il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b); au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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. 6. Conformément à l'art. 8 al. 1 er LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité 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, et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies. Aux termes de l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession lorsque son invalidité rend cette mesure nécessaire, et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. L'art. 6 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI ; RS 831.201) définit les mesures de reclassement comme les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice

d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer leur capacité de gain. La jurisprudence a apporté une précision à cette définition en indiquant que le concept de reclassement recouvre 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 (ATF 124 V 108 consid. 2a). Dès lors, en règle générale, l'assuré ne peut pas prétendre à la meilleure formation possible dans son cas, la loi ne visant en effet qu'à assurer les mesures de réadaptation qui sont nécessaires et suffisantes compte tenu du cas d'espèce (ATF 121 V 258 consid. 2c). De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité pour que le droit à des mesures de réadaptation soit ouvert. La jurisprudence a ainsi fixé le seuil d'invalidité à partir duquel des mesures de réadaptation doivent être octroyées à 20 % (ATF 130 V 488 consid. 4.2; ATF 124 V 108 consid. 3a). Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, il y a lieu d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Le but poursuivi par la mesure doit donc s'inscrire dans une certaine durée, et son succès doit être proportionné à son coût. Enfin, la mesure concrète doit être raisonnablement exigible de l'assuré (ATF 130 V 488 consid. 4.3.2; VSI 2002 p. 112 consid. 2). En effet, une mesure de reclassement ne saurait être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, au moins partiellement, d'être réadaptée. Les mesures ne seront donc pas allouées si elles semblent d'emblée vouées à l'échec (ATFA non publié I 170/06 du 16 février 2007, consid. 3.2 et 3.4). 7. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou 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 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; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATFA non publié I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). 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 trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne

la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). 8. a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPG). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 consid. 4.1; ATF 128 V 174).! [endif]>! [if> b) 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 de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en

raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3; ATFA non publié B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). 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, 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 ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b ; ATFA non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009, consid. 4.1; ATFA non publié 9C_237/2007 du 24 août 2007, consid. 5.1). 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). 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). 9. En l'espèce, l'expertise réalisée par le Dr P_____ satisfait tous les critères dégagés par la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Elle se fonde en effet sur l'étude du dossier médical, comprend une anamnèse complète, et ses conclusions claires sont étayées par un examen clinique complet. Il n'existe d'ailleurs aucun rapport médical susceptible de remettre en cause les constatations de l'expert, qui rejoignent largement celles des médecins traitants de la recourante. Le Dr L_____ a en particulier admis lors de son audition que les limitations fonctionnelles décrites par l'expert, soit l'impossibilité de porter des charges supérieures à 10 kg, d'accomplir des mouvements répétitifs en porte-à-faux du rachis et la nécessité d'alterner les positions assise et debout chaque heure, correspondaient à celles qu'il avait retenues. La recourante a au demeurant elle-même admis les limitations établies par les médecins, comme cela ressort de son écriture du 6 mars 2013. 10. Eu égard à ce qui précède, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions du Dr P_____. En particulier, l'anémie, la gastrite et l'hypothyroïdie nouvellement diagnostiquées en 2012 sont transitoires et n'ont pas de répercussion sur la capacité de travail, de l'avis même du médecin traitant. Or, selon l'expert, la recourante dispose d'une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Se fondant sur cette conclusion, l'intimé a établi le degré d'invalidité à 35 %. Ce calcul ne prête pas flanc à la critique. En effet, le recours au salaire statistique moyen dans les activités simples et répétitives selon l'ESS 2010 est conforme à la jurisprudence, et il y a lieu 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 de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3). La

réduction supplémentaire de 15% appliquée par l'intimée est également adéquate, les limitations fonctionnelles et l'âge de la recourante ne justifiant pas une réduction supérieure. Le revenu sans invalidité pris en considération est celui que la recourante aurait réalisé selon les indications de son employeur. Partant, la décision de l'intimé doit être confirmée en tant qu'elle refuse l'octroi d'une rente, le degré d'invalidité de 35 % n'étant pas suffisant pour ouvrir le droit à une telle prestation. [endif]>[if> 11. Ce taux est en revanche supérieur au seuil à partir duquel des mesures de réadaptation, par exemple un stage d'observation, peuvent être octroyées. Il convient ainsi de déterminer si la recourante y a droit. [endif]>[if> A cet effet, il s'agit en premier lieu d'établir si l'activité proposée par les EPI était adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante. Contrairement à ce qu'affirme cette dernière, tel est bien le cas et le Dr L_____ l'a d'ailleurs admis lors de son audition. Ce médecin a certes assorti cette indication d'une réserve concernant l'absence de mouvement de rotation. Cependant, l'activité telle que décrite – se saisir de petites pièces sur la gauche, puis les placer devant soi avant de les mettre sur sa droite – n'implique pas de mouvements en porte-à-faux du buste, puisqu'il suffit de tendre les bras, voire de faire un pas de côté, comme le relève l'intimé. Partant, le grief de la recourante quant au caractère inadapté du stage tombe à faux. Les déclarations initiales de ses médecins ne permettent pas non plus de parvenir à une autre appréciation. En effet, ceux-ci se sont fondés non pas sur une connaissance directe du poste occupé mais sur les déclarations de leur patiente. Le Dr L_____ a ainsi exposé qu'il avait établi un arrêt de travail car la recourante lui déclarait qu'elle devait accomplir des mouvements contre-indiqués et rester assise trop longtemps. Or, il était loisible à la recourante de faire de fréquentes pauses, comme elle l'a d'ailleurs reconnu dans son écriture du 29 mai 2012. De plus, selon le rapport des EPI d'avril 2012, la recourante décidait elle-même de la fréquence à laquelle elle alternait les positions assise et debout. Enfin, il semble que l'incidence de l'atteinte soit ressentie par la recourante de manière plus importante qu'elle ne l'est objectivement, du point de vue médical. Elle a en effet indiqué aux EPI ne pas tolérer la station assise plus de quelques minutes, ce qui ne correspond ni aux constatations de l'expert ni à celles de ses médecins traitants. Par ailleurs, la recourante a demandé en août 2010, soit avant même de débiter son stage, à ne le suivre qu'à mi-temps, alors même que le Dr L_____ admettait l'exercice à plein temps d'une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Or, conformément à la jurisprudence citée, les constatations d'ordre médical l'emportent sur l'appréciation subjective par un assuré de sa capacité de travail. Cela étant, ce qui précède ne suffit pas à conclure à un manque de faculté subjective de reclassement qui permettrait de considérer que les mesures d'ordre professionnel seraient vouées à l'échec. En effet, il y a lieu de rappeler que selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Selon une jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement à cause d'invalidité ne peut être nié en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid. 3.2 ;

ATFA non publié I 552/06 du 13 juin 2007, consid. 4.1). L'intimé n'ayant pas adressé la sommation légale à la recourante, il convient de lui renvoyer la cause pour qu'il y procède, avant de statuer une nouvelle fois sur le droit aux mesures d'ordre professionnel en fonction de la suite que la recourante aura donnée à cette mise en demeure. La possibilité d'adresser la recourante à l'ORIF devrait être envisagée, afin de renouveler les expériences et d'apporter un regard neuf sur ses capacités. 12. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA). La procédure n'étant pas gratuite en matière d'assurance-invalidité, l'intimé supportera l'émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).
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.