

GE_GERICHTE A/3130/2011 vom 28. Februar 2012

GE Cour de justice, 2012-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3130_2011

FR: GE_GERICHTE A/3130/2011 du 28 février 2012

IT: GE_GERICHTE A/3130/2011 del 28 febbraio 2012

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.02.2012
A/3130/2011

A/3130/2011 ATAS/205/2012 du 28.02.2012 (AI) , ADMIS/RENVOI En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3130/2011
ATAS/205/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 28 février
2012 1 ère Chambre En la cause Madame M _____, domiciliée à Veyrier, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Diane BROTO recourante contre OFFICE
DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97,
Genève intimé EN FAIT Madame M _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née
en 1952, a été victime d'un accident de la circulation le 12 mai 2007, lui occasionnant des
douleurs du coude et de l'épaule droits. Du 30 octobre au 27 novembre 2007, l'assurée a
séjourné à la Clinique romande de réadaptation en raison de douleurs persistantes. À l'issue
de ce programme de réadaptation, les Dr A _____ et B _____ ont diagnostiqué
une épicondylite du coude droit, un trouble dépressif récurrent moyen et une sinusite
maxillaire aiguë. Dans sa profession de vendeuse, l'assurée présentait une incapacité totale
de travail du 28 novembre au 9 décembre 2007. Dès le 10 décembre 2007, les praticiens ont
reconnu une pleine capacité de travail. Dans un rapport du 5 mars 2008, l'assureur-accidents
de l'assurée a diagnostiqué une impotence post-traumatique persistance et a, dans un
premier temps, fixé la reprise de l'activité professionnelle au 9 décembre 2008. Dans un
second rapport du 5 mai 2008, l'assureur-accidents ne s'est pas prononcé sur la reprise de
l'activité. N'ayant pas repris d'activité lucrative depuis lors à l'exception de quatre jours en
tant que sommelière, l'assurée a déposé, le 5 mai 2010, une demande de rente auprès de
l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé),
alléguant souffrir d'une hernie discale inopérable. Dans un questionnaire du 8 juillet 2010,
le Dr C _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une hernie
discale L5-S1 droite et une dépression réactionnelle depuis 2006 avec répercussion sur la
capacité de travail. L'assurée présentait également une tendinite chronique au bras droit
avec une perte de fonction partielle depuis le 12 mai 2007, suite à l'accident de la circulation
dont elle avait été victime, diagnostic dont le médecin-traitant précise qu'il est sans
répercussion sur la capacité de travail. Le pronostic était mauvais; l'assurée était incapable
de reprendre l'activité antérieure en raison notamment d'une impossibilité à soulever et
porter des charges supérieures à 3kg. Il préconisait pour sa patiente une activité où
l'alternance des positions assise et debout était possible, sans port de charge. L'incapacité de
travail était estimée à 100% dès le 8 juillet 2008 dans l'activité antérieure, sans se prononcer
sur la quotité de sa capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Le 4 octobre
2010, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était
possible dans son cas, en raison de son état de santé. Dans un avis du 6 janvier 2011, la
Dresse D _____ du Service médical régional (SMR) a constaté que l'assurée présentait

une hernie discale L5-S1, une dépression réactionnelle depuis 2006 et une tendinite chronique du bras droit avec perte de fonction partielle. Le début de l'arrêt de travail était fixé au 8 juillet 2008 et il était observé que la situation sociale et financière de l'assurée avait un retentissement probable sur son état de santé. En l'absence de rapports suffisants, notamment sur le plan psychiatrique, les Drs E_____, rhumatologie FMH, et F_____, psychiatre FMH, du Service médical régional (SMR) ont procédé à un examen clinique bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique le 30 mars 2011. Sur le plan psychiatrique, l'examen clinique objectivait une humeur abaissée de façon moyenne et une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité, mais sans diminution réelle de l'activité, l'assurée s'occupant de sa mère, de son ex belle-mère et de son fils. Il n'y avait pas non plus de diminution de l'intérêt et du plaisir; l'assurée conservait un certain nombre d'activités comme la lecture, la brocante, les jeux de cartes et les mots croisés. Les difficultés de l'assurée - selon ses plaintes - étaient avant tout d'ordre socio-économique; elle trouvait très pesant le fait d'émerger à l'assurance sociale. Les médecins du SMR ont dès lors diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, des examens radiologiques de 2008 montraient une volumineuse hernie discale et un pincement postérieur mais pas d'élément pour une discarthrose alors que des radiographies effectuées en janvier 2011 montraient une évolution vers une discarthrose en L5-S1 avec un pincement avancé. L'évolution clinique pouvait néanmoins être considérée comme favorable; il apparaissait que l'hernie discale avait régressé. Les diagnostics de lombalgies chroniques, non déficitaires, dans un contexte de discarthrose L5-S1 avec répercussion sur la capacité de travail et une composante d'épicondylite droite chronique, sans répercussion sur la capacité de travail ont été posés. Au titre des limitations fonctionnelles, l'assurée ne pouvait pas faire des mouvements répétés de flexion-extension, pas d'attitude en porte-à-faux, pas de port de charges répétées au-delà de 5kg, pas de position statique debout au-delà de trente minutes et assise au-delà d'une heure. Aucune limitation fonctionnelle n'était retenue en relation avec la composante d'épicondylite du coude droit; cette atteinte était là de longue date, sans modification par rapport au descriptif fait en 2007, soit une exigibilité complète dès cette date. Dès le 8 juillet 2008 - date de l'hospitalisation de l'assurée dans un service de chirurgie orthopédique -, une aggravation de l'état de santé - limitée dans le temps - était constatée avec une incapacité de travail totale, en raison d'un épisode de lombosciatalgie aiguë sur hernie discale L5-S1. Il y avait néanmoins eu une évolution favorable à l'issue de cette hospitalisation, malgré des douleurs chroniques de type mécanique. La capacité de travail était dès lors jugée entière depuis la mi-août 2008 dans une activité de vendeuse ou d'aide en pharmacie respectant les limitations fonctionnelles. L'activité antérieure de sommelière n'était par contre pas adaptée à la discarthrose lombaire dont souffrait l'assurée. Par courrier reçu le 22 juin 2011 par l'OAI, le médecin traitant a précisé que sa patiente présentait un état dépressif chronique, suite à une enfance très perturbée et des ennuis familiaux. L'accident du 12 mai 2007 avait par ailleurs conduit à une impotence partielle du membre supérieur droit, ce qui avait augmenté la dépression avec un sentiment d'inutilité et d'inefficacité. La capacité de travail de l'assurée, même dans une activité adaptée était dès lors jugée nulle, en raison des douleurs, de son âge et de l'absence de qualifications. Par projet de décision du 27 juin 2011, l'OAI a constaté que depuis le 8 juillet 2008 - début du délai d'attente d'un an -, la capacité de travail et de gain de l'assurée était notablement restreinte. L'examen bidisciplinaire auquel l'assurée s'était soumise auprès du SMR le 30 mars 2011 démontrait

une incapacité totale de travail dans l'activité antérieure de sommelière mais une capacité de travail entière depuis la mi-août 2008 dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, telle que vendeuse ou aide en pharmacie. L'évaluation théorique de la perte de gain de l'assurée laissait apparaître qu'elle ne présentait pas d'invalidité dans une activité adaptée, de sorte que sa demande de rente était rejetée. Dans un courrier du 26 août 2011 à l'OAI, le médecin traitant s'est montré très surpris du refus d'octroyer une rente à l'assurée. Il a contesté les conclusions du rapport du SMR selon lesquelles sa patiente pouvait travailler en tant que vendeuse, alors même qu'elle était totalement déprimée, qu'elle souffrait d'un syndrome radiculaire lombaire irrécupérable et d'une impotence du bras droit consécutive à son accident. S'agissant de l'activité d'aide en pharmacie, l'assurée avait certes exercé ce métier dans la pharmacie de son ex-mari, elle n'était toutefois titulaire d'aucun diplôme, n'ayant jamais suivi la moindre formation officielle dans cette branche. D'ailleurs, vu la gravité de sa dépression, elle était inapte à suivre une quelconque formation, de sorte que l'OAI était invité à reconsidérer sa position. Par décision du 7 septembre 2011, l'OAI a confirmé son projet de décision. Le 6 octobre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision devant la Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après : la Cour de céans), considérant que l'OAI n'avait pas tenu compte des éléments complémentaires apportés par son médecin traitant dans son courrier daté du 26 août 2011. Dans sa réponse du 9 novembre 2011, l'intimé a conclu au rejet du recours, estimant que le rapport bidisciplinaire du SMR du 30 mars 2011 était détaillé et se fondait sur une étude attentive du dossier. Il tenait compte des plaintes exprimées par la recourante, de sa situation médicale dans son ensemble - aussi bien objectivement que subjectivement - et reposait sur des examens complets. Les points de vue du médecin traitant et des spécialistes du SMR ne divergeaient que sur l'étendue de la capacité résiduelle de travail, sans qu'aucun élément objectif ne permette de douter des conclusions du SMR; les diagnostics étaient les mêmes, seule la gravité était appréciée différemment. Le marché du travail offrait enfin un large éventail d'activités légères dont un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante et accessibles sans formation particulière. Dans sa réplique du 8 décembre 2011, la recourante a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité, à la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle et à la mise en œuvre d'une contre-expertise rhumatologique. Elle a reproché à l'intimé de n'avoir pas retenu que les diagnostics de composante épicondylite droite chronique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique avaient une répercussion durable sur sa capacité de travail. Elle a expliqué qu'elle peinait à utiliser son membre supérieur droit, compte tenu de l'épicondylite chronique, et qu'elle n'avait jamais vraiment repris d'activité lucrative - exception faite de quatre jours sur une buvette en 2008 -, bien que son assurance accidents ait considéré qu'elle avait récupéré toute sa capacité de travail dès 2007. Il était également erroné de retenir une capacité totale de travailler dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, le SMR ayant lui-même exprimé des doutes sur la possibilité de traduire lesdites limitations en termes de métier. S'agissant plus particulièrement des activités proposées par l'intimé, la profession de vendeuse n'était évidemment pas adaptée, puisqu'elle exigeait de rester debout de longues périodes et de faire des flexions-extensions pour ranger la marchandise. L'instruction de la cause n'avait donc pas démontré quel métier elle pourrait effectivement exercer. Quelle que soit la profession envisagée, une diminution de rendement devait être retenue dans son cas, compte tenu notamment de son âge et des limitations fonctionnelles décrites. Le 9 janvier 2012, l'intimé a confirmé sa position. Les diagnostics de composante épicondylite droite chronique et de trouble dépressif récurrents

avaient été examinés et il avait été expliqué de manière convaincante pourquoi ils n'étaient pas susceptibles d'entraver la capacité de travail de la recourante. Celle-ci ne pouvait pas trouver argument du fait que l'expert ne s'était pas déterminé sur le choix d'une activité, cela n'entrant pas dans le cadre de sa mission, laquelle consistait à fixer la capacité de travail et les limitations fonctionnelles. Or, sur ces points, l'expert s'était prononcé de manière précise et convaincante. Il apparaissait dès lors superflu d'administrer d'autres preuves, la situation médicale de la recourante ayant été investiguée à satisfaction de droit. Le secteur de la production et des services recouvrait d'ailleurs un large éventail d'activités adaptées aux handicaps de la recourante, c'est-à-dire légères, permettant l'alternance des positions et accessibles sans formation particulière. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont applicables au cas d'espèce. 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, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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. 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 maladif, 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 ; ATF A non publié 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 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; ATFA non publié I 237/04 du 30 novembre 2004, consid. 4.2). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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 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. Étant 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). 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. 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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). En l'espèce, la recourante conteste que les diagnostics de composante épicondylite droite chronique et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique n'aient pas été retenus comme ayant une répercussion durable sur sa capacité de travail. Elle expose qu'en raison des affections dont elle souffre, elle n'a plus repris le travail, bien que son assureur-accidents ait considéré qu'elle était apte à reprendre son activité dès le 10 décembre 2007. L'intimé considère quant à lui que si l'activité antérieure n'est plus exigible en raison des limitations fonctionnelles engendrées par son hernie discale, la recourante conserve néanmoins une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. L'analyse de son médecin traitant ne permettrait donc pas de jeter le doute sur les conclusions résultant de l'examen bidisciplinaire effectué par le SMR. Figurent au dossier les rapports du Dr C _____ et du SMR. Selon le médecin traitant de la recourante, celle-ci présente une hernie discale L5-S1 droite et une dépression réactionnelle depuis 2006 l'empêchant de reprendre une quelconque activité professionnelle. Si le SMR retient les mêmes diagnostics que le Dr C _____, il ne considère néanmoins pas que le trouble dépressif moyen dont souffre la recourante soit invalidant. Il s'agit dès lors de déterminer si l'analyse bidisciplinaire du SMR revêt valeur probante et/ou si les conclusions du médecin traitant permettent de s'en écarter. L'analyse du SMR comprend deux volets, psychiatrique et rhumatologique. Elle se fonde sur les pièces du dossier mais également sur des constatations objectivées lors d'une consultation. Une anamnèse détaillée y est établie sur les plans professionnel, psychosocial et psychiatrique. Le SMR a recueilli et retranscrit les plaintes de la recourante. Sur le fond, les diagnostics sont clairement posés. S'agissant en particulier du diagnostic de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne, le SMR explique en quoi il n'est pas susceptible d'amoinrir la capacité de travail de la recourante. Il précise en effet que, malgré une humeur moyennement baissée et une réduction de l'énergie entraînant une augmentation de la fatigabilité, il n'y a pas de diminution réelle de l'activité - l'intéressée s'occupant de plusieurs membres de sa famille et en particulier de sa mère - de l'intérêt et du plaisir. Selon les dires de la recourante, elle conserve en effet un certain nombre d'activités comme la lecture, les puces et la brocante, les jeux de cartes et les mots croisés. Ses difficultés sont avant tout d'ordre socio-économique; la recourante vit très mal le fait d'émarger à l'assurance sociale. Aussi, si les problèmes psychiatriques de la recourante sont réels, ils ne sont pas jugés incapacitants. En ce qui concerne l'hernie discale L5-S1 droite, le SMR explique les limitations fonctionnelles qui en découlent et fixe la capacité de travail résiduelle en lien avec celles-ci. Son appréciation ne prête pas le flanc à la critique. Le rapport bidisciplinaire du SMR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante, puisqu'il remplit les exigences développées par le Tribunal fédéral décrites ci-dessus. En particulier ses conclusions sont motivées de manière convaincante, et les

rapports du médecin traitant de la recourante - qui sont extrêmement brefs et très peu motivés - ne suffisent pas à remettre en cause les conclusions de l'expert. À l'instar du SMR, il y a dès lors lieu d'admettre que, tant sur le plan psychiatrique que physique, la mise à profit de la capacité de travail de la recourante peut être raisonnablement exigée d'elle. La Cour de céans précise qu'elle est néanmoins perplexe car elle constate que le médecin traitant, dans son premier rapport, a retenu que le diagnostic de tendinite chronique au bras droit avec perte de fonction partielle dont souffre la recourante est sans répercussion sur sa capacité de travail. Elle n'a néanmoins pas d'autre choix que de se rallier à cette position. S'agissant du calcul d'invalidité, la Cour de céans se ralliera aux développements de l'intimé, étant précisé que la recourante n'en conteste pas la teneur et que les pièces versées au dossier ne fournissent pas des données fiables sur son salaire sans atteinte à l'intégrité. Il s'ensuit que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il apparaît néanmoins que l'intimé a erré, en proposant à la recourante de reprendre une activité telle que celle de vendeuse ou d'assistante en pharmacie. En effet, au vu des importantes limitations fonctionnelles de l'intéressée - notamment impossibilité de porter des charges supérieures à 3kg et de rester debout plus de 30 minutes - et de son absence de formation, il n'apparaît pas que l'on puisse raisonnablement exiger d'elle qu'elle accède à l'un ou l'autre de ses métiers. En l'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il était certainement judicieux que l'office AI donne au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convenait 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 (ATF non publié 9C_279/2008 du 16 décembre 2008, consid. 4). Pour autant, l'article 15 LAI dispose que l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation 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, n os 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 (ATF non publié 9C_882/2008 du 29 octobre 2009, consid. 5.1 et les références). En l'occurrence, il ressort du présent dossier que la recourante rencontre d'importantes difficultés à se déterminer sur une activité qui soit en adéquation avec son état de santé. Une mesure d'orientation professionnelle semble sans nul doute la solution la plus appropriée pour l'aider à déterminer quel type d'activité elle peut encore exercer en tenant compte de ses limitations fonctionnelles et de ses aptitudes. Eu égard à ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle. La procédure de

recours en matière de contestation pour l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est allouée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA; RS E 5 10). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement dans le sens des considérants en ce sens que la cause est renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une mesure d'orientation professionnelle. Le rejette pour le surplus. Condamne l'OAI à payer à la recourante la somme de 1'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.