

GE_GERICHTE A/3234/2016 vom 9. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3234_2016

FR: GE_GERICHTE A/3234/2016 du 9 mai 2017

IT: GE_GERICHTE A/3234/2016 del 9 maggio 2017

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée c/o M. B_____, à CAROUGE recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1956, divorcée, mère d'un enfant né en 1995, titulaire d'un CAP en sténographie-dactylographie obtenu en France, a travaillé à Genève dès 1974 pour divers employeurs, en dernier lieu dès le mois d'octobre 2008 comme hôtesse de promotion sur appel.![endif]>![if> 2. Le 26 janvier 2009, alors qu'elle marchait sur un chemin de camping à Messery, France, l'assurée s'est fracturée le tibia et la malléole postérieure de la cheville droite en glissant sur une plaque de verglas. Elle a subi le même jour une intervention chirurgicale d'ostéosynthèse pratiquée par le docteur C_____, chirurgien orthopédiste. Le 11 septembre 2009, elle a fait l'objet d'une opération d'ablation du matériel d'ostéosynthèse.![endif]>![if> 3. Depuis l'accident, l'assurée n'a pas retravaillé hormis lors d'une tentative en ce sens en novembre 2009, qui se serait soldée par un échec; ses rapports de travail avec son dernier employeur ont pris fin le 31 août 2010.![endif]>![if> 4. L'assurance-accidents a pris en charge l'accident du 26 janvier 2009 et lui a versé des indemnités journalières.![endif]>![if> 5. Le 6 août 2014, l'assurée a déposé une demande de prestations tendant à l'octroi d'une réadaptation professionnelle ou d'une rente auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), en y invoquant sa double fracture de la cheville droite, ainsi qu'une algodystrophie.![endif]>![if> 6. L'assurance-accidents a transmis à l'OAI son dossier médical, duquel ressortaient notamment :![endif]>![if> - un rapport du 2 février 2009 du Dr C_____, confirmant une fracture bi-malléolaire de la cheville droite, opérée, et certifiant une incapacité de travail probablement jusqu'au 30 avril 2009 ;![endif]>![if> - une expertise du 24 juillet 2009 réalisée par le docteur D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, diagnostiquant des fractures du tibia distal droit, de la malléole postérieure du tibia droit, de la malléole externe droite, ainsi qu'une algoneurodystrophie post-traumatique. Six mois après l'accident, les fractures étaient consolidées et une ablation précoce du matériel d'ostéosynthèse était préconisée en vue de récupérer la mobilité de la cheville. Par ailleurs, l'aspect clinique du pied droit et de la cheville suggérait la présence d'une algoneurodystrophie. Un œdème, une importante limitation de la mobilité de la cheville à la marche et des douleurs demeuraient, ce qui empêchait l'assurée de travailler comme vendeuse. Toutefois, grâce à l'ablation envisagée du matériel d'ostéosynthèse, cette incapacité de travail dans l'activité habituelle disparaîtrait vraisemblablement durant la deuxième quinzaine du mois de septembre 2009 ;![endif]>![if> - un rapport de radiographie de la cheville droite du 20 janvier 2010 du docteur E_____, radiologue, confirmant des signes d'algodystrophie avec aspect hypodense des structures osseuses, notamment au niveau des péronés ;![endif]>![if> -

un rapport du 16 avril 2010 du docteur F _____, rhumatologue : l'assurée, qui souffrait toujours de douleurs lors de stations debout prolongées et d'un « périmètre [de marche] un peu restreint », présentait une raideur de la flexion plantaire, une sensibilité douloureuse résiduelle sur la malléole et les métatarsiens, associée à une petite zone d'œdème et à une insuffisance veineuse. Le médecin préconisait le port d'une semelle plantaire, le traitement de l'insuffisance veineuse, une reconversion vers un poste en position assise et la surveillance radiologique d'un léger risque d'arthrose ;

- un rapport subséquent du Dr C _____ du 1^{er} septembre 2010, préconisant lui aussi l'attribution par l'employeur d'un nouveau poste de travail en position assise ou semi-assise ;

- un rapport du 25 janvier 2013 du docteur G _____, médecin généraliste, signalant que l'assurée se plaignait depuis novembre 2012 de cervicalgies, lombalgies et de douleurs de l'épaule droite. Elle souffrait également d'un syndrome dépressif plus ou moins latent en relation avec ses parents, dont elle s'occupait et qui étaient atteints d'Alzheimer.

7. Dans un rapport transmis à l'OAI le 8 septembre 2014, le Dr G _____ a indiqué que l'assurée, qui souffrait toujours d'un œdème, de raideur et de douleurs de la cheville remontant dans la jambe, notamment lors des stations debout, ne pouvait exercer qu'à temps partiel une activité adaptée à ses limitations.

8. Les 17 septembre 2014 et 19 février 2015, le Dr C _____ a confirmé que l'état de santé ne s'était pas amélioré depuis quatre ans, de sorte qu'il préconisait un reclassement professionnel. Il a énuméré diverses limitations fonctionnelles ayant trait aux stations debout prolongées, aux longues marches, aux positions accroupies, agenouillées, avec les bras au-dessus de la tête, au port de charges, aux montées d'échelles et à la capacité de résistance.

9. L'OAI a invité les médecins de l'assurée à lui préciser quelles limitations fonctionnelles justifiaient que l'assurée ne reprenne le travail qu'à temps partiel.

Le 9 juin 2015, le Dr G _____ a répondu qu'en raison de douleurs et d'un œdème de la cheville droite, on pouvait envisager que l'assurée exerce une activité en alternance des positions assise et debout à 40%. Le 17 juillet 2015, le Dr C _____ a indiqué que l'assurée pourrait difficilement retravailler comme promotrice de ventes, vu la persistance de fortes douleurs et d'une raideur de la cheville.

10. Le service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée le 9 octobre 2015.

Le docteur H _____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et rééducation, a retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail suivants : « douleurs mécaniques de la cheville D dans un status post-fracture spiroïde du tibia, fracture de la cheville de type Weber B, léger remaniement post-traumatique de la cheville (S82.38 – fracture distale jambe) ; insuffisance veineuse des membres inférieurs ». Il a également fait état d'un status post algoneurodystrophie de la cheville et du pied droit, de signes de surcharge acromio-claviculaire droite et d'antécédents de rachialgie. L'examen clinique montrait une assurée de 58 ans pré-obèse, mais en bonne santé. Elle présentait une insuffisance veineuse, un léger œdème de la crête tibiale, une légère voussure du pied droit, et, vraisemblablement, un début d'arthrose acromio-claviculaire de l'épaule, mais ne ressentait pas de douleurs à la palpation et à l'abduction forcée. Au niveau du rachis, il y avait de légers troubles statiques, notamment une légère scoliose dorsale à convexité droite, mais pas d'attitude antalgique. Un rapport radiologique de 2013 évoquait des discopathies et des troubles dégénératifs cervicaux et lombaires, qui n'étaient toutefois pas incapacitants vu l'absence de plaintes durables et le status clinique. Au niveau des chevilles, la situation s'était améliorée depuis l'expertise du Dr D _____ de 2009, car il n'y avait plus de signe d'algoneurodystrophie,

comme en témoignaient des radiographies réalisées en septembre 2014. Actuellement, seule la partie distale du péroné était douloureuse et malgré une légère boiterie du côté droit, l'assurée pouvait marcher rapidement, y compris sur les talons et la pointe des pieds. En conclusion, l'évolution de l'algoneurodystrophie avait été nettement favorable depuis l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, même s'il demeurait des douleurs mécaniques et une légère diminution de la mobilité de la cheville. La capacité de travail était jugée nulle dans les activités de serveuse et d'hôtesse de promotion, mais entière dès le 16 avril 2010 dans une activité adaptée permettant d'éviter les stations debout et assise prolongées, les marches sur terrain accidenté ou sur une longue distance, les montées d'escaliers, le port répété de charges supérieures à 5 kilogrammes et les gestes au-dessus de l'horizontale. Moyennant une remise à niveau, on pouvait envisager que l'assurée reprenne l'activité de secrétaire, qu'elle avait exercée jusqu'en 1982. 11. Le 22 mars 2016, l'OAI a réalisé une enquête économique sur le ménage :

champ d'activités	exigibilité	pondération	champ d'activité en %	empêchement en %	empêchement pondéré
5.1	conduite du ménage	2-5	%		
	planification/organisation/répartition du travail/contrôle	exigibilité	0	%	

E. 5

% 0 % 0 % 0 % 0 %

E. 5.2

alimentation 10-50 % préparation/cuisson/service/nettoyage cuisine/provisions exigibilité 0 % 40 % 20 % 20 %

E. 5.3

entretien du logement 5-20 % épousseter/aspirateur/sols/vitres/lits exigibilité 0 % 20 % 30 % 30 % 6 % 6 %

E. 5.4

emplettes et courses diverses 5-10% poste/assurances/services officiels exigibilité 0 %

E. 5.5

lessive/entretien des vêtements 5-20% laver/suspendre/ramasser/repasser etc. exigibilité 0 % 20 % 0 % 0 % 0 % 0 %

E. 5.6

soins aux enfants et aux autres membres de la famille 0-30% exigibilité 0 % 5 % 0 % 0 % 0 % 0 %

E. 5.7

divers 0-50% soins infirmiers/entretien plantes et jardin/animaux domestiques/confection vêtements/activités d'utilité publique/formation complémentaire exigibilité 0 % 0 % 0 % 0 % 0 % 0 % total du champ d'activité 100 % total de l'exigibilité retenue 0 % total-empêchement pondéré sans exigibilité

E. 8

%

E. 10

% 0 % 0 % 0 % 0 %

E. 14

% L'enquêtrice a précisé qu'en bonne santé, l'assurée aurait continué à travailler à 80%. Souffrant de douleurs mécaniques de la cheville et d'une algodystrophie, elle vivait seule depuis le mois d'août 2014 dans l'appartement qu'un ami lui avait provisoirement prêté. Actuellement, elle ne rencontrait aucune difficulté pour tenir son ménage, faire ses courses, ses travaux administratifs et sa lessive. En revanche, elle ne pouvait plus faire de gros travaux de nettoyages dans la cuisine et le reste du logement, ce qui engendrait des empêchements totaux de 14%. 12. Le 19 avril 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, à teneur duquel il entendait lui refuser toute prestation. 13. Le 5 mai 2016, l'assurée s'y est opposée, en relevant qu'elle n'avait pas « préféré » travailler à 80% mais qu'elle avait simplement accepté une offre d'emploi d'animatrice de vente, laquelle n'évoquait en réalité pas un taux d'activité de 80%, mais des mandats rémunérés à l'heure. Par ailleurs, avant son accident, ses tâches ménagères étaient plus importantes que ce qu'avait considéré l'administration, car elle avait élevé seule son fils depuis 2007 avant d'obtenir de l'aide de ses proches de 2009 à 2010. Actuellement, elle n'effectuait plus que des tâches légères, évitant notamment le repassage, l'aspirateur et le nettoyage des vitres. Par ailleurs, son état de santé s'était péjoré depuis l'accident, car elle souffrait de douleurs de l'épaule, du bras droit, de la hanche droite, du dos, des cervicales, ainsi que d'une certaine insensibilité à deux doigts de la main gauche, atteintes qu'elle n'avait pas pu faire contrôler par un médecin faute de moyens. Enfin, si elle n'avait déposé sa demande de prestations qu'en août 2014, c'était parce que personne ne le lui avait suggéré auparavant et qu'elle espérait guérir. 14. Par décision formelle du 25 août 2016, l'OAI a dénié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Il a retenu un statut mixte réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle et de 20% pour la sphère ménagère. Dans la sphère professionnelle, il ressortait de l'examen du SMR une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle, mais entière dès le 16 avril 2010 dans toute activité adaptée, d'où un degré d'invalidité nul. Dans la sphère ménagère, il résultait de l'enquête des empêchements de 14%. Globalement, le degré d'invalidité était ainsi estimé à 2,8%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente d'invalidité. 15. Par lettre du 25 septembre 2016, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision. Au vu des séquelles de son accident de 2009 – douleurs de la cheville droite, gonflements, raideurs, lancées du genou jusqu'au pied, etc. – elle ne s'estimait plus capable de travailler comme serveuse, responsable de service ou animatrice de vente, ni d'exercer une activité à 100% dans un autre domaine. Un taux d'occupation de 50% lui paraissait plus approprié. S'agissant de son revenu sans invalidité, elle a reproché à l'OAI de l'avoir évalué sur la base de son salaire de 2007 plutôt que sur son salaire horaire auprès de son dernier employeur, dont elle extrapolait un gain annuel de CHF 36'924.-. Depuis son accident, elle avait toujours espéré une guérison complète et n'aurait jamais imaginé faire face à pareilles difficultés, notamment à plus de sept ans d'inactivité professionnelle. Désormais âgée de près de soixante ans, elle avait perdu son logement et risquait de devoir solliciter l'aide sociale si une rente d'invalidité ne lui était pas accordée. Son souhait était de retrouver une activité professionnelle pour vivre dans la dignité. Elle a notamment joint :
- un rapport du Dr G_____ du 29 juin 2016 attestant d'une aggravation de son état de santé, signalant qu'elle se plaignait de son épaule, de ses cervicales, de sa hanche droite et de sa cheville ;
- un rapport de ce même médecin du 23 septembre 2016, mentionnant cette fois-ci un état stable et une reprise du travail envisageable à 50% ;
- un courrier du 18 septembre 2016 adressé à l'OAI et à l'Hospice

général, dans lequel elle signalait que son hébergement provisoire chez son ami venait de prendre fin, qu'elle ne disposait en ce lieu plus que d'une adresse postale, et qu'elle avait besoin en urgence d'une aide pour retrouver un logement avant la fin de l'année ;

!endif]>![if> - un certificat du 26 septembre 2016 du Dr C_____, attestant que son état de santé lui permettait de reprendre à 50% une activité adaptée sans station debout prolongée, port de charges lourdes et montées d'escaliers.!endif]>![if> 16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 octobre 2016, a conclu au rejet du recours. L'assurée, qui disposait selon son service médical d'une capacité de travail exigible de 100% dans une activité adaptée depuis 2010, ne se prévalait d'aucun élément objectif susceptible d'avoir été ignoré par ledit service. Comme elle avait touché des revenus irréguliers avant son accident, l'intimé proposait toutefois de fixer son revenu sans invalidité à CHF 41'623.- pour un taux de 80% sur la base des statistiques salariales plutôt qu'à CHF 27'148.-, comme il l'avait initialement retenu. Quant au revenu d'invalidité, il l'évaluait toujours sur la base statistique à CHF 37'964.-, après avoir tenu compte d'un abattement de 10% lié aux limitations fonctionnelles. De son nouveau calcul, il résultait une perte de gain professionnelle de 9% et, partant, un degré d'invalidité global de 10% $[(80\% \times 9\%) + (20\% \times 14\%)]$.!endif]>![if> 17. Dans sa réplique du 13 novembre 2016, la recourante a contesté que le marché du travail lui offrit un nombre suffisant d'activités adaptées à ses limitations, soulignant derechef qu'elle était âgée de près de soixante ans et sans emploi depuis bientôt huit ans. Elle a également déploré que le SMR ait retenu une exigibilité de 100% dès 2010 alors qu'elle avait subi une opération en septembre 2009 (ablation du matériel d'ostéosynthèse), ayant nécessité un traitement post-opératoire et une rééducation. De plus, le SMR n'avait pas tenu compte des conclusions de son médecin-traitant et de son chirurgien, qui suggéraient une reprise du travail à 50%. Enfin, elle sollicitait l'aide de l'AI pour retrouver une activité adaptée à temps partiel.!endif]>![if> 18. Par écriture complémentaire du 18 novembre 2016, la recourante a demandé à être entendue en audience par la chambre de céans.!endif]>![if> 19. Dans sa duplique du 12 décembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions en rejet du recours, arguant que la recourante se bornait à opposer sa propre appréciation de la capacité de travail à celle du SMR. Par ailleurs, il convenait de faire abstraction de ses difficultés sur le marché de travail, facteur étranger à l'invalidité. En effet, contrairement aux règles prévalant en matière d'assurance-chômage, l'assurance-invalidité appliquait la notion de marché équilibré du travail, qui faisait abstraction de la conjoncture défavorable.!endif]>![if> 20. Cette écriture transmise à la recourante, la cause a été gardée à juger. !endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 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)!.endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, est applicable à la présente procédure.!endif]>![if> 3. Le délai de recours est de 30 jours. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - [LPA-GE - E 5 10]).!endif]>![if> 4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.!endif]>![if> 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou

de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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).

6. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008 – 5^{ème} révision AI). 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.

7. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance 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^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré. En d'autres termes, l'assuré n'a droit à l'intégralité des prestations que s'il a présenté sa demande dans le délai de six mois à partir de la survenance de l'incapacité de gain. S'il le fait plus tard, il perd son droit pour chaque mois de retard (arrêt du Tribunal fédéral 9C_432/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants (AVS) et de l'assurance-invalidité (AI) – Commentaire thématique, 2011, n°2187 ss).

8. Lors de l'examen initial du droit à la rente, il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 al. 2 et 3 LAI, en corrélation avec les art. 27 s. RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel.

Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Ainsi, il convient d'évaluer, d'une part, l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et, d'autre part, l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a).

8. 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 fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381 consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant des ESS édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). Dans ce cas, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1, à la ligne «total secteur privé» (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de

savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, 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). 9. Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Selon la jurisprudence, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il y a par ailleurs lieu de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner dans le rapport les éventuelles opinions divergentes des participants. Enfin, le texte du rapport doit apparaître plausible, être motivé et rédigé de manière suffisamment détaillée par rapport aux différentes limitations, de même qu'il doit correspondre aux indications relevées sur place. Si toutes ces conditions sont réunies, le rapport d'enquête a pleine valeur probante. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision dans le sens précité, le juge n'intervient pas dans l'appréciation de l'auteur du rapport sauf lorsqu'il existe des erreurs d'estimation que l'on peut clairement constater ou des indices laissant apparaître une inexactitude dans les résultats de l'enquête (ATF 129 V 67 consid. 2.3.2 non publié au Recueil officiel mais dans VSI 2003 p. 221; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 733/06 du 16 juillet 2007). S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2). 10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le juge 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. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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). 11. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). 12. En l'espèce, l'OAI a fait siennes les conclusions du rapport d'examen rhumatologique du Dr H_____, médecin au SMR, à teneur desquelles la recourante dispose d'une capacité de travail nulle dans les activités

précédemment exercées de serveuse et d'hôtesse de promotion, mais entière dès le 16 avril 2010 dans toute activité adaptée permettant d'éviter les stations debout et assise prolongées, les marches sur terrain accidenté, sur une longue distance, les montées d'escaliers, le port répété de charges supérieures à 5 kilogrammes et les gestes au-dessus de l'horizontale. Pour sa part, la recourante s'estime incapable d'exercer une activité adaptée à plein temps et se prévaut des rapports de son médecin généraliste et de son chirurgien, les Drs G_____ et C_____, qui préconisent une reprise du travail à 50%.

13. Afin de se prononcer sur la capacité de travail, il convient de se pencher sur la valeur probante de ces différents rapports.

a. La chambre de céans constate que le rapport du Dr H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecin au SMR, est fondé sur une anamnèse détaillée effectuée en connaissance du dossier médical, sur les plaintes de la recourante et sur un examen clinique complet. Ses conclusions, selon lesquelles l'assurée présente une capacité de travail nulle dans les activités précédemment exercées de serveuse et d'hôtesse de promotion, mais entière dès le 16 avril 2010 dans toute activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, sont claires et motivées. Elles rejoignent au demeurant le pronostic formulé par l'expert D_____ en juillet 2009, selon lequel l'assurée devait récupérer sa capacité de travail rapidement après l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. Du rapport du Dr H_____, il ressort que l'état de santé de l'assurée s'est effectivement amélioré depuis l'ablation chirurgicale du matériel d'ostéosynthèse en 2009, dès lors que les signes d'algoneurodystrophie ont disparu. Malgré une légère boiterie du côté droit, l'assurée peut marcher rapidement, y compris sur les talons et la pointe des pieds. L'examineur observe également qu'en avril 2010, le Dr F_____ mentionnait déjà un périmètre de marche « peu restreint » et l'aptitude de l'assurée à sauter sur un pied et s'accroupir. Par ailleurs, l'assurée n'est plus suivie sur le plan orthopédique depuis septembre 2014 et se soigne avec un anti-inflammatoire léger. Au niveau de l'épaule droite, seul un probable début d'arthrose acromio-claviculaire est évoqué, et s'agissant du dos, il est mentionné que l'assurée a présenté en 2013 des rachialgies, jugées non incapacitantes au regard de l'examen clinique et du fait que l'assurée ne s'en plaint plus. Au vu de ce qui précède, le rapport du Dr H_____ revêt pleine valeur probante.

b. Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète, comme l'est celle du Dr H_____, elle ne saurait être remise en cause pour le seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Encore faut-il faire état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de cette évaluation et suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions ou en établir le caractère objectivement incomplet ou, à tout le moins, pour justifier la mise en oeuvre d'une mesure d'instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_117/2015 du 21 mai 2015 consid. 3.3). En l'occurrence, les Drs G_____ et C_____ se livrent à une simple appréciation divergente de la capacité de travail, sans faire état du moindre élément objectif qui n'aurait déjà été pris en compte par le Dr H_____. En outre, leurs rapports sont peu motivés et n'expliquent pas clairement pourquoi la capacité de travail serait limitée à 50% dans les activités qu'ils jugent adaptées, soit des activités sédentaires exercées en alternance des positions et sans port de charges lourdes ; ces médecins semblent justifier leurs conclusions par les douleurs de l'assurée, mais il sied de relever que celles-ci sont traitées au besoin par un antalgique léger (Dafalgan), comme cela ressort du rapport du Dr H_____. c. La recourante, qui ne prétend pas que le Dr H_____ aurait ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels, n'explique pas davantage en quoi le point de vue de ses médecins serait mieux fondé que celui de ce praticien. Faute d'élément propre à mettre en doute les conclusions du Dr

H_____, la chambre de céans retient au degré de la vraisemblance prépondérante que l'assurée bénéficie depuis avril 2010 d'une pleine capacité de travail dans toute activité adaptée aux limitations fonctionnelles énumérées par le SMR. Contrairement à ce que l'assurée semble considérer, ses limitations, bien que non négligeables, ne sont pas d'une ampleur telle qu'elles anéantiraient toute perspective d'engagement sur le marché équilibré du travail. Il en va de même de son âge – 58 ans au moment de l'examen du Dr H_____ – qui ne facilite certes pas sa réinsertion, mais n'atteint pas le seuil à partir duquel on peut exclure selon les circonstances toute possibilité réaliste de retrouver un emploi (arrêts du Tribunal fédéral 9C_286/2015 du 12 janvier 2016 consid. 4.2 ; 9C_612/2007 du 14 juillet 2008 consid. 5.2). 14. Sur la base de l'enquête économique du 22 mars 2016, l'intimé a retenu que l'assurée présentait des empêchements totaux de 14% dans ses travaux ménagers. 15. La chambre de céans constate que cette enquête a été élaborée par une infirmière qualifiée en connaissance de la situation médicale, locale et des limitations fonctionnelles. Elle tient compte des indications de l'assurée et du fait que cette dernière vit seule depuis le mois d'août 2014, de sorte qu'une participation de son fils aux travaux ménagers ne peut plus être exigée. En outre, ses conclusions quant aux empêchements dans les différents champs d'activité sont dûment motivées. Dans son recours, l'assurée ne remet en question ni la pondération, ni les empêchements retenus par cette enquête. Elle ne prétend pas davantage que ses déclarations y auraient été retranscrites de manière inexacte ou que d'éventuelles opinions divergentes y auraient été omises. Partant, il n'y a aucune raison de s'écarter des conclusions de ce document, qui satisfait aux réquisits jurisprudentiels, de sorte que l'on s'en tiendra aux empêchements ménagers de 14% qu'il atteste. 16. À ce stade, il convient de vérifier le calcul du degré d'invalidité, partant de se prononcer sur le droit de la recourante à une rente. a. L'OAI a retenu un statut mixte, réparti à raison de 80% pour la sphère professionnelle et de 20% pour la sphère ménagère. Au stade de l'opposition, l'assurée semblait se prévaloir d'un statut d'active en affirmant qu'elle n'avait pas fait le choix de travailler à 80% et que les missions confiées par son ancien employeur l'occupaient parfois 52 heures par semaine. Dans son recours, elle ne reprend pas ce grief. Quoiqu'il en soit, il est inutile de se pencher plus avant sur la question du statut de l'assurée, voire sur la clé de répartition retenue par la décision attaquée entre les sphères professionnelle et ménagère (80% - 20%), dès lors que l'assurée présente des taux d'invalidité nettement inférieurs à 40% tant dans le domaine professionnel que dans le domaine ménager (cf. infra consid. 16c). b. Dans la sphère professionnelle, l'intimé admet dans sa réponse du 21 octobre 2016 une invalidité de 9%. Constatant qu'avant son accident, l'assurée percevait des revenus très irréguliers, il propose de fixer son revenu sans invalidité à CHF 41'623.- sur la base des données statistiques tirées des ESS 2010 pour une femme travaillant à 80% dans la vente de détail (tableau TA7, ligne 27, niveau 4). Quant au revenu d'invalidité, il l'évalue à CHF 37'964.- en se référant au salaire statistique d'une femme exerçant une activité simple et répétitive à 80% selon l'ESS 2010 (tableau TA1, ligne total, niveau 4), duquel il a retranché 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles. L'assurée, qui se prévaut d'un revenu sans invalidité de CHF 36'924.-, ne conteste pas le revenu sans invalidité chiffré par l'intimé à CHF 41'623.-, qui lui est plus favorable et sera donc confirmé. Quant au revenu d'invalidité, c'est également à bon droit que l'intimé l'a fixé sur la base de l'ESS 2010, l'assurée n'ayant pas repris d'activité lucrative depuis de nombreuses années. S'agissant de l'abattement retenu par l'intimé de 10%, on peut se demander s'il faudrait retenir le critère de l'âge en sus de celui des limitations fonctionnelles, les autres critères jurisprudentiels n'étant clairement pas réalisés.

La question peut cependant rester indécise, car si tant est que ce critère supplémentaire soit pertinent en l'espèce, il n'entraînerait qu'une augmentation minimale de l'abattement et donc du degré d'invalidité, de l'ordre de 5%, ce qui ne changerait rien à l'issue de la cause. c. De la comparaison des revenus effectuée par l'intimé, il résulte une perte de gain de 8,8% dans la sphère professionnelle [$100 \times (41'623 - 37'964) / 41'623$]. De l'enquête du 22 mars 2016, il ressort des empêchements ménagers de 14 %. Le degré d'invalidité global, tenant compte des sphères professionnelle et ménagère, s'élève à 9,8% [$(80\% \times 8,8\%) + (20\% \times 14\%)$]. Inférieur à 40%, ce taux n'ouvre pas droit au versement d'une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). 16. Reste à examiner si l'assurée peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel. a. Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). b. 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. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement 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 sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010). c. Selon l'art. 15 LAI, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle. L'orientation professionnelle, qui inclut également les conseils en matière de carrière, a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Y ont droit les assurés qui, en raison de leur invalidité, sont limités dans le choix d'une profession ou dans l'exercice de leur activité antérieure et qui ont dès lors besoin d'une orientation professionnelle spécialisée (Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle, CMRP, p. 16, nos 2001 et 2002). Il n'est pas nécessaire de présenter une perte de gain pour bénéficier d'une telle mesure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). d. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008, l'assuré présentant une incapacité de travail et susceptible d'être réadapté a droit: a) à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié; b) à un conseil suivi afin de conserver un emploi. Une mesure d'aide au placement se définit comme le soutien que l'administration doit apporter à l'assuré qui est entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison du handicap afférent à son état de santé. Il ne s'agit pas pour l'office AI de fournir une place de travail, mais notamment de soutenir une candidature ou de prendre contact avec un employeur potentiel. Cette mesure n'a pas été fondamentalement modifiée par l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la 4^e révision de la LAI (cf. ATF 116 V 80

consid. 6; arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). e. En l'espèce, la chambre de céans constate que la décision attaquée, bien qu'intitulée « refus de rente d'invalidité et de mesures professionnelles », n'est curieusement motivée que sous l'angle du refus de la rente d'invalidité. Force est d'en déduire que l'intimé a manifestement omis de se pencher sur l'octroi de mesures d'ordre professionnel. Or, il ne saurait se dispenser d'examiner le droit à d'éventuelles mesures de réadaptation, notamment à une orientation professionnelle, à une aide au placement ou à toute autre mesure susceptible d'entrer en considération, dès lors que l'assurée ne peut plus travailler ni comme serveuse ni comme hôtesse de promotion et qu'elle requiert précisément une aide en vue de trouver une activité adaptée à son handicap. De surcroît, il paraît opportun de rappeler que les médecins ont émis des recommandations allant dans le sens d'une réadaptation, notamment les Drs C_____ et H_____, ce dernier ayant suggéré une « remise à niveau » dans l'activité de secrétaire exercée jusqu'en 1982. Comme il n'appartient pas à la juridiction cantonale de statuer à la place de l'administration sur le droit à des mesures de réadaptation – ce qui contreviendrait au principe du double degré de juridiction – la cause lui sera renvoyée. À cet égard, on rappellera que seuls peuvent être jugés les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative s'est préalablement prononcée par le biais d'une décision (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 414 consid. 1a ; 119 Ib 36 consid. 1b et les références). 17. La recourante requiert la mise en œuvre par la chambre de céans d'une audience de comparution personnelle. Toutefois, la documentation médicale versée au dossier permet déjà à la chambre de céans de statuer en connaissance de cause sur le degré d'invalidité et le droit à la rente, de sorte que la mesure d'instruction sollicitée sera rejetée, par appréciation anticipée des preuves. 18. Au vu de ce qui précède, le recours est partiellement admis et la décision litigieuse annulée en tant qu'elle nie le droit à des mesures d'ordre professionnel. La cause est renvoyée à l'intimé, à charge pour celui-ci d'examiner si l'assurée peut prétendre à de telles mesures puis de rendre une nouvelle décision – motivée – sur ce point. Pour le surplus, la décision attaquée est confirmée en tant qu'elle refuse le versement d'une rente d'invalidité. 19. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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