

## GE\_GERICHTE A/3474/2017 vom 10. April 2018

GE Cour de justice, 2018-04-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3474\\_2017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3474_2017)

FR: GE\_GERICHTE A/3474/2017 du 10 avril 2018

IT: GE\_GERICHTE A/3474/2017 del 10 aprile 2018

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.04.2018 A/3474/2017

A/3474/2017 ATAS/302/2018 du 10.04.2018 ( AI ) , ADMIS/RENVOI En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3474/2017 ATAS/302/2018 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 avril 2018 1 ère Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, représentée par PROCAP Service juridique 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1977, célibataire et de nationalité portugaise, a travaillé dans le secteur textile au Portugal. Entrée en Suisse le 18 août 2007, elle a exercé une activité de nettoyeuse dès le 27 août 2007. Le 29 décembre 2014, l'assurance perte de gain de l'assurée a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) une demande de prestations de l'assurance-invalidité tendant à l'octroi de mesures professionnelles ou d'une rente. L'assurée souffrait d'un cancer du sein avec incapacité de travail à 100% depuis le 8 septembre 2014. Elle travaillait à raison de 42,5% pour B\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur 1) et de 45% pour C\_\_\_\_\_ SA (ci-après : l'employeur 2). Elle a joint une annonce de maladie de l'employeur 2 datée du 17 septembre 2014, selon laquelle elle était à son service depuis le 27 août 2009 et l'horaire normal dans l'entreprise de quarante-trois heures hebdomadaires. 3. Selon le contrat de travail du 20 janvier 2014 entre l'employeur 2 et l'assurée, celle-ci travaillait dix-huit heures par semaine pour un salaire horaire de CHF 18.40, plus indemnité pour vacances de 8,33% et treizième salaire de 8,33% sur la base d'un horaire de 6h00 à 9h00, tous les jours sauf le dimanche. D'après le contrat de travail du 8 avril 2014 entre l'employeur 1 et l'assurée, celle-ci était employée depuis le 6 avril 2010. Elle travaillait dix-sept heures par semaine pour un salaire horaire brut de CHF 18.40, plus indemnités pour vacances de 8,33% et treizième salaire de 8,33%, à savoir le lundi de 18h00 à 19h00, le mardi de 8h00 à 11h45 et de 18h00 à 19h00, le mercredi de 16h00 à 21h00, le jeudi de 09h00 à 10h00, puis de 10h30 à 12h15 (sauf le premier lundi du mois de 9h00 à 10h30) et de 18h00 à 19h00, ainsi que le vendredi de 18h00 à 20h30. Selon le contrat de travail du 28 juin 2013 entre Madame et Monsieur D\_\_\_\_\_ (ci-après : l'employeur 3) et l'assurée, celle-ci travaillait depuis le 28 juin 2013 à raison de trois heures par semaine pour un salaire horaire brut de CHF 30.-. 4. Dans un rapport du 5 février 2015, la doctoresse E\_\_\_\_\_, médecin au service de gynécologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail, un carcinome canalaire invasif sous chimiothérapie. L'assurée présentait des effets secondaires importants de la chimiothérapie avec notamment nausées et douleurs osseuses. L'incapacité de travail était de 100%. L'activité exercée n'était plus exigible, mais à réévaluer dans six mois. La future thérapie consistait en radiothérapie quotidienne jusqu'à

fin avril 2015, puis hormonothérapie. On pouvait s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle à 30% à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015 au plus tôt. Pendant un an post-chimiothérapie, les capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation étaient limitées, de même que la résistance.!

5. Dans un rapport du 17 mars 2015, qui faisait suite à l'entretien ayant eu lieu dans le cadre de l'intervention précoce, la réadaptatrice de l'OAI a indiqué que l'assurée s'exprimait bien en français, ses phrases étaient structurées et ses mots précis. Toutefois, elle avait peur de se tromper et manquait de confiance en elle. L'assurée vivait avec la famille de sa sœur et partageait sa chambre avec ses deux nièces de dix et seize ans. Elle avait été opérée du sein droit et était droitière. La réadaptatrice a proposé un cours de français et a précisé que la question d'une éventuelle formation modulaire en horlogerie, émise par l'assurée en fin d'entretien, serait abordée en fonction de l'évolution de la situation.!

6. Selon l'attestation de salaire du 12 janvier 2015 établie par l'employeur 3, l'assurée avait perçu un salaire brut de CHF 3'324.50 du 1<sup>er</sup> janvier au 3 octobre 2014 et un salaire net de CHF 3'116.70. Les fiches de salaires pour l'année 2014 mentionnaient un salaire horaire brut de CHF 31.-. D'après le questionnaire pour employeur, complété le 11 février 2015 par l'employeur 2, le salaire horaire de l'assurée était de CHF 18.60, plus indemnité pour vacances de CHF 1.54, pour jour férié de CHF 0.69.- et pour treizième salaire de CHF 1.54, soit de CHF 22.37. Selon le questionnaire pour employeur complété le 20 mars 2015 par l'employeur 1, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le salaire horaire de l'assurée était de CHF 18.60, plus indemnité pour vacances de CHF 1.54 et pour treizième salaire de CHF 1.54, soit de CHF 21.68.!

7. Par communication du 27 avril 2015, l'OAI a accepté de prendre en charge, à titre de mesures d'intervention précoce, un cours de français pour non francophone, niveau A2, à raison de trois heures quinze par semaine du 5 mai 2015 au 29 juillet 2015.!

8. Dans un rapport de clôture du mandat d'intervention précoce, établi le 28 juillet 2015, la réadaptatrice a précisé que l'assurée était très satisfaite de la mesure octroyée et avait énormément progressé en réussissant les niveaux A2 et B1. En l'état, aucune mesure ne semblait possible actuellement, de sorte qu'elle liquidait le mandat.!

9. Dans un rapport du 19 août 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était stationnaire et caractérisé par d'importantes douleurs articulaires inchangées depuis juin 2015. Les limitations fonctionnelles concernaient l'utilisation du membre supérieur droit et la station debout prolongée (douleurs lombaires). La capacité de travail était nulle, tant dans l'activité de femme de ménage que dans une activité adaptée. L'assurée était encore trop affaiblie et algique actuellement. Une reprise partielle était envisageable un an après la fin des traitements, soit à partir d'avril 2016.!

10. Dans un avis du 16 septembre 2015, le médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR), a observé que l'assurée avait présenté d'importantes complications (toxicité cutanée de la radiothérapie nécessitant une corticothérapie systémique, des douleurs articulaires prédominant au niveau du rachis liées à l'hormonothérapie, une gêne douloureuse du membre supérieur droit post-chirurgie et une fatigue persistante post-traitement). La radiothérapie avait pris fin en avril 2015, mais l'état général de l'assurée restait encore très amoindri. Tout comme la Dresse E\_\_\_\_\_, le médecin du SMR estimait que la capacité de travail de cette assurée restait nulle, et a proposé de réviser ce dossier précocement.!

11. Dans une notice du 21 octobre 2015 concernant le statut, le gestionnaire de l'OAI a retenu que l'assurée exerçait une activité d'employée d'entretien auprès de deux employeurs. Elle travaillait à raison de dix-huit heures hebdomadaires par rapport à un horaire à 100% de quarante-trois heures auprès de

l'employeur 2, soit 42%, et de dix-sept heures hebdomadaires par rapport à un horaire à 100% de quarante-deux heures trente auprès de l'employeur 1, soit 40%. Par conséquent, elle présentait un statut mixte, à raison de 82% pour la part professionnelle et de 18% pour celle consacrée aux travaux habituels.![endif]>![if> 12. Par projet d'acceptation de rente du 16 novembre 2015, l'OAI a reconnu le droit de l'assurée à une rente entière basée sur un degré d'invalidité de 82% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2015. Il a nié le droit à des mesures professionnelles, au motif qu'elles n'étaient ni adéquates, ni nécessaires. Dans la mesure où la capacité de travail de l'assurée était nulle dans la part professionnelle de 82%, il n'était pas nécessaire d'évaluer l'empêchement subi dans les travaux habituels, car le degré d'invalidité résultant de l'ensemble des deux domaines était supérieur à 70%, respectivement ouvrait le droit à une rente entière à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit depuis le 8 septembre 2015. ![endif]>![if> 13. Par courrier du 22 janvier 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'elle continuait à se sentir fatiguée, mais nettement moins que quelques mois auparavant et pensait être en mesure de travailler. Elle ne pourrait plus reprendre son ancien travail qui exigeait une excellente santé. Toutefois, avec des mesures adéquates, elle s'estimait capable de travailler dans un environnement moins fatigant. Étant couturière de formation, elle était très à l'aise dans les métiers de précision qui, pour la plupart, s'exerçaient en position assise. Son but était de continuer à travailler au plus vite afin de réduire sa rente.![endif]>![if> 14. Par décision du 14 avril 2016, l'OAI lui a alloué une rente entière d'invalidité à partir du 1<sup>er</sup> septembre 2015. Il a répété la motivation contenue dans son projet.![endif]>![if> 15. Par courrier du 26 avril 2016, l'assurée a relevé qu'elle n'avait reçu aucune réponse à son courrier du 22 janvier 2016 et que, lors de sa visite dans les locaux de l'OAI, le 14 avril 2016, on lui avait refusé toute possibilité d'entretien, alors qu'elle souhaitait supprimer, voire réduire sa rente au plus vite. Bien qu'elle n'avait pas fait opposition dans les temps afin de bénéficier de mesures professionnelles, toutefois, pour remplir son obligation de renseigner, elle confirmait être prête à retravailler et souhaitait rencontrer un conseiller afin de réévaluer sa situation médicale et bénéficier de mesures de réadaptation.![endif]>![if> 16. Par courrier du 31 mai 2016, l'OAI a considéré le courrier du 26 avril 2016 comme une nouvelle demande. Celle-ci ne pouvait être examinée que s'il était établi de façon plausible que l'invalidité s'était modifiée de manière à influencer ses droits. Par conséquent, il a imparti à l'assurée un délai de trente jours pour lui faire parvenir tous les documents médicaux permettant de rendre plausible l'amélioration de son état de santé depuis la dernière décision.![endif]>![if> 17. Par décision du 23 septembre 2016, l'OAI n'est pas entré en matière sur la nouvelle demande de prestations au motif que l'assurée n'avait pas rendu vraisemblable que les conditions de fait s'étaient modifiées de manière essentielle depuis la dernière décision.![endif]>![if> 18. Le 25 octobre 2016, l'OAI a initié une procédure de révision. Dans un rapport du 22 décembre 2016, le docteur F\_\_\_\_\_, oncologue FMH, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un cancer du sein droit en 2014 et un état dépressif. L'assurée présentait des douleurs cervico-dorsales, des douleurs à la mobilisation du bras droit opéré, des crises d'angoisse et des troubles du sommeil avec fatigue chronique. En raison des douleurs du bras droit et des douleurs musculaires, une reprise du travail comme femme de ménage ne semblait pas envisageable. Le rendement était réduit en raison de la fatigue chronique et des douleurs. L'assurée avait été suivie par les HUG de février 2014 à mai 2016, puis par lui-même depuis le 12 mai 2016. Dans une activité adaptée, l'assurée pourrait bénéficier d'une aide aux mesures d'orientation et d'un placement à l'essai. À un an et demi de la fin du traitement oncologique, il persistait des

douleurs invalidantes du membre supérieur droit ayant une répercussion sur l'état psychique de l'assurée. Celle-ci étant extrêmement motivée et compliante, il lui serait bénéfique d'avoir une aide à l'orientation professionnelle.!

19. Dans un rapport du 26 décembre 2016, la doctoresse G \_\_\_\_\_, médecin praticien FMH, a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un cancer du sein droit en 2014 et un épisode dépressif moyen (F 32.1). Depuis l'octroi de la rente, l'assurée présentait un état de santé avec limitations et douleurs aux stations debout et assise, difficultés de mobilisation du membre supérieur droit et bouffées de chaleur invalidantes. Elle suivait l'assurée depuis août 2014. Les symptômes actuels consistaient en douleurs rachidiennes, céphalées de tension, asthénie et douleurs à la mobilisation du membre supérieur droit. Le médecin traitant a constaté un état dépressif modéré, une fatigabilité et des douleurs au membre supérieur droit. L'assurée n'avait aucune capacité de travail dans l'activité habituelle. Dans une activité adaptée, elle pourrait bénéficier d'une aide aux mesures d'orientation et d'un placement à l'essai. En raison des douleurs chroniques et de la fatigabilité, une reprise du travail comme femme de ménage ne semblait pas envisageable. Dix-huit mois après la fin du traitement oncologique, les douleurs rachidiennes et du membre supérieur droit avaient une répercussion sur l'état psychique de l'assurée. Celle-ci étant extrêmement motivée et (illisible), il lui serait bénéfique d'avoir une aide à l'orientation. Une reprise après formation serait envisageable à 50%. Il existait des limitations fonctionnelles s'agissant notamment des activités uniquement en position debout et exercées principalement en marchant, de la résistance et des capacités de concentration (limitée à deux heures), de compréhension (limitée à quatre heures) et d'adaptation. Il en allait de même s'agissant de travailler avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie (performance de 20%) et à genoux, avec rotation en position assise ou debout, s'agissant également de soulever et porter (limite de poids de 3 kg), ainsi que de monter sur une échelle ou un échafaudage.!

20. Dans un avis du 12 janvier 2017, le docteur H \_\_\_\_\_, médecin du SMR, a considéré que l'activité habituelle n'était plus exigible et que l'assurée avait « en ce moment une capacité de travail adaptée de 50%, susceptible d'augmenter ». Les limitations fonctionnelles actuelles concernaient les activités uniquement debout, en marchant, avec les bras « au-dessous de la tête », sur une échelle ou un échafaudage, ainsi qu'impliquant le port de charges au-delà de 3 kg.!

21. Selon la détermination du degré d'invalidité du 3 mars 2017, l'assurée percevait un salaire sans invalidité en 2015 de CHF 37'019.- auprès des employeurs 1 et 2, soit CHF 17'691.- auprès de l'employeur 1 (salaire horaire de CHF 21.68 y compris indemnités pour vacances et treizième salaire à raison de dix-sept heures hebdomadaires) et CHF 19'328.- auprès de l'employeur 2 (salaire horaire de CHF 22.37 y compris indemnités pour vacances et treizième salaire à raison de dix-huit heures hebdomadaires). Le revenu d'invalidé, déterminé selon le tableau TA1 des ESS 2014 (femme exerçant une activité de niveau 1) et adapté à l'évolution des salaires en 2017, ainsi qu'au taux d'activité de 50%, après abattement de 10% pour tenir compte des limitations fonctionnelles, s'élevait à CHF 24'325.-, de sorte que le degré d'invalidité était de 34,3%.!

22. Dans une notice du 16 mai 2017, le gestionnaire de l'OAI a indiqué qu'en cas de réduction ou de suppression de la rente d'invalidité à la suite d'une révision, en conformité avec la jurisprudence sur la réadaptation par ses propres moyens, il fallait partir du principe de la mise en valeur de la capacité de gain au moyen des efforts de réadaptation de l'assuré lui-même. Cependant, des mesures de réadaptation pouvaient exceptionnellement être indiquées lorsque l'assuré était âgé de plus de 55 ans ou avait perçu une rente depuis plus de quinze ans, ce qui n'était pas le cas en l'occurrence.!

23. Par projet de décision du 16 mai 2017, l'OAI a prévu de supprimer la rente d'invalidité. Selon ses observations et par convenance personnelle, l'assurée avait exercé une activité d'employée d'entretien auprès de deux employeurs à raison de 82% par rapport à un temps plein. Si elle avait été en bonne santé, elle aurait continué à exercer ces mêmes activités aux mêmes taux jusqu'à sa retraite. Par conséquent, le statut d'assuré était celui d'une personne exerçant une activité professionnelle à 82% et se consacrant à ses travaux habituels pour les 18% restants. L'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle depuis le 8 septembre 2014. Toutefois, dans une activité adaptée, sa capacité de travail raisonnablement exigible était de 50%. Bien qu'il était habituellement indiqué d'effectuer une enquête à domicile afin de déterminer les empêchements subis dans les travaux habituels, dans le cas d'espèce, l'intimé renonçait à effectuer une telle enquête car, même en considérant que l'empêchement subi dans les travaux habituels était également de 50% au regard de l'incapacité de travail médicalement attestée, le degré d'invalidité total serait inférieur à 40% et n'ouvrirait plus le droit à une rente d'invalidité. En effet, au vu de la perte économique de 34% dans l'activité lucrative et des empêchements de 50% dans les travaux habituels, en tenant compte de la part de chacune de ces activités, le degré d'invalidité était de 27,88% dans l'activité lucrative (34% x 82%) et de 9% dans les travaux habituels (50% x 18%), soit un degré d'invalidité total de 37%. Des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées car elles n'étaient pas de nature à améliorer la capacité de travail de l'assurée.!

24. Par courrier du 13 juin 2017, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle avait contacté Procap pour l'aider à mieux comprendre la décision et défendre ses intérêts.!

25. Par courrier recommandé du 19 juin 2017, le mandataire a informé l'OAI que l'assurée l'avait mandaté pour défendre ses intérêts. Il sollicitait une copie du dossier afin de pouvoir prendre pleinement connaissance de la situation de l'assurée.!

26. Le 21 juin 2017, l'OAI a transmis le dossier de l'assurée au mandataire. !

27. Par décision du 22 juin 2017 notifiée directement à l'assurée, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité avec effet dès le premier jour du deuxième mois suivant sa notification. Des mesures de réadaptation n'étaient pas indiquées. Les éléments produits ne permettaient pas de modifier sa précédente appréciation.!

28. Le 24 juillet 2017, la doctoresse I\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, a établi un certificat médical attestant une incapacité de travail de 100% dès le 24 juillet 2017, date de sa première consultation.!

29. Par acte du 24 août 2017, l'assurée a recouru contre la décision du 22 juin 2017, reçue le 26 juin 2017. Elle a conclu, principalement et sous suite de frais et dépens, à l'octroi d'un quart de rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2017, respectivement à des mesures professionnelles, à l'octroi de l'assistance juridique limitée aux frais de justice, et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. Elle a fait grief à l'intimé de ne pas avoir tenu compte dans le revenu sans invalidité, du gain obtenu auprès de l'employeur 3. En prenant en considération cette activité, l'application de la méthode mixte ne se justifiait plus et la détermination du degré d'invalidité selon la comparaison des revenus aboutissait à un taux d'invalidité de 41% lui donnant droit à un quart de rente d'invalidité. À titre subsidiaire, la recourante requérait l'octroi de mesures professionnelles dès lors que son degré d'invalidité s'élevait à 37% et que de telles mesures seraient aptes à améliorer sa capacité de gain. L'activité exercée à raison de trois heures hebdomadaires auprès de l'employeur 3 avait été rémunérée à raison de CHF 350.- par mois. La prise en compte de ce revenu entraînait une nouvelle détermination du degré d'invalidité sur la base d'un revenu sans invalidité de CHF

41'219.-, soit CHF 37'019.- plus CHF 4'200.- (350 x 12). En comparant ce revenu avec le revenu d'invalidé de CHF 24'325.-, il en résultait une perte économique de CHF 16'894.-, soit un taux d'invalidité de 41%. S'agissant des mesures professionnelles requises à titre subsidiaire, en leur absence, la recourante ne serait pas en mesure d'obtenir un salaire correspondant aux statistiques puisqu'avant d'être atteinte dans sa santé, elle avait toujours obtenu un salaire inférieur à la moyenne, alors qu'il lui était désormais demandé de réaliser un salaire supérieur à son revenu sans invalidité. L'intimé n'avait mentionné aucune activité concrète adaptée à son handicap, mais s'était limité à invoquer des limitations fonctionnelles abstraites, de sorte que la recourante ne voyait pas quel poste approprié, elle devrait accepter.!

30. Dans sa réponse du 25 septembre 2017, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il s'est référé à la motivation contenue dans sa décision. Il a admis avoir omis de prendre en considération le revenu que la recourante avait obtenu auprès de l'employeur 3. Après réexamen du contrat de travail du 28 juin 2013, des attestations de salaire et de l'extrait du compte individuel AVS (ci-après : CI) mentionnant un revenu de CHF 1'710.- de juillet à décembre 2013, il y avait lieu de tenir compte d'un revenu annuel supplémentaire de CHF 3'420.-, de sorte que le revenu sans invalidité s'élevait à CHF 40'439.- (37'019 + 3'420) et le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle à 39,8%. S'agissant du statut, il devait également être réévalué pour prendre en considération l'activité exercée auprès de l'employeur 3. Au vu de la convention collective de travail du secteur du nettoyage pour la Suisse romande (ci-après : CCT) mentionnant une durée hebdomadaire de travail de quarante-cinq heures et du contrat de travail faisant état d'une durée hebdomadaire de travail de trois heures, le taux de l'activité exercée auprès de l'employeur 3 était de 6,6%. Par ailleurs, il ne ressortait nullement du dossier que la recourante avait déjà travaillé à temps plein, fait appel au chômage ou effectué des recherches d'emploi pour augmenter son taux d'activité. Par conséquent, il convenait de tenir compte d'un statut mixte avec une part professionnelle de 88,6% et une part ménagère de 11,4%, ce qui justifiait l'application de la méthode mixte, de sorte que le taux d'invalidité résultant du calcul global d'invalidité était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente d'invalidité. S'agissant des empêchements dans le ménage, l'obligation de diminuer le dommage exigible tant de la recourante que des membres de sa famille avait quoi qu'il soit une répercussion certaine sur le taux d'empêchement global dans le ménage. S'agissant du droit à des mesures professionnelles, les limitations fonctionnelles retenues n'empêchaient pas la recourante d'exercer une activité adaptée accessible sans formation particulière. En effet, selon la jurisprudence, le salaire statistique recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière. En outre, l'assurance-invalidité n'avait pas à répondre d'une diminution de la capacité de gain due essentiellement à d'autres facteurs qu'à une atteinte à la santé, tels que le manque de formation professionnelle, des difficultés linguistiques ou l'âge. De plus, un marché équilibré du travail offrait une palette suffisamment large d'activités non qualifiées et adaptées aux limitations de la recourante, sans qu'il fût nécessaire de déterminer précisément quelles activités elle serait capable d'exercer.!

31. Par décision du 20 novembre 2017, le Vice-Président du Tribunal civil a accordé à la recourante la prise en charge des frais judiciaires de son recours auprès de la chambre de céans.!

32. Dans sa réplique du 6 décembre 2017, la recourante a persisté à soutenir que la méthode mixte ne devait pas lui être appliquée car un taux d'activité disponible de 11,4% n'était pas exploitable économiquement sur un marché équilibré du travail dès lors qu'il était trop faible pour lui permettre de trouver un emploi supplémentaire. Par ailleurs, elle

avait cherché plusieurs fois à augmenter son taux d'activité en déposant des candidatures mais n'avait jamais eu de réponses autres que des propositions de rappel si on avait besoin d'elle, mais elle n'avait jamais reçu d'appels. S'agissant du degré d'invalidité, la recourante a contesté le revenu pris en compte par l'intimé auprès de l'employeur 3. Selon l'attestation de salaire de ce dernier pour l'année 2014, elle avait perçu un montant brut de CHF 3'324.50 du 1<sup>er</sup> janvier au 3 octobre 2014, soit un montant annualisé de CHF 4'428.65. En ajoutant ce montant aux autres revenus, le degré d'invalidité pour la part professionnelle s'élevait à 41,3 %, respectivement en application de la méthode mixte à 36,6% (41,3 x 88,6%), alors que le degré d'invalidité de 25,52% dans les tâches ménagères devait s'élever à 2,91% (25,52 x 11,4%) en application de la méthode mixte pour lui permettre d'atteindre un degré global d'invalidité de 39,51% lui donnant droit à un quart de rente. Au vu de cette situation, il y avait lieu de renvoyer le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire portant notamment sur la détermination du revenu auprès de l'employeur 3 et des empêchements dans le ménage, dans le cadre d'une enquête ménagère. De plus, en application de la méthode révisée de calcul de la méthode mixte en vigueur à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2018, le droit à un quart de rente d'invalidité devait lui être reconnu. La recourante a persisté dans ses conclusions précédentes.

33. Dans sa duplique du 8 janvier 2018, l'intimé a exposé que les précisions apportées par la recourante quant à la recherche d'un emploi supplémentaire ne permettaient pas de considérer que, sans atteinte à la santé, elle aurait exercé une activité lucrative à temps complet, de sorte qu'au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence, il y avait lieu de retenir un statut mixte et d'évaluer le degré d'invalidité selon la méthode mixte. Les griefs de la recourante relatifs à la détermination du degré d'invalidité et au refus de mesures professionnelles n'appelaient pas de commentaires particuliers de sa part. L'intimé a persisté dans ses conclusions précédentes.

34. Le 9 janvier 2018, la chambre de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur quoi, a 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 - E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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).

2. Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Les modifications du 18 mars 2011 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En l'espèce, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 22 juin 2017, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir

également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA et art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA-GE - E 5 10]). Le délai de recours court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA-GE et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA et art. 89C let. b LPA-GE).

En l'espèce, la recourante a interjeté recours le 24 août 2017 contre la décision du 22 juin 2017 reçue le 26 juin 2017, soit dans un délai de plus de trente jours. Le délai de recours a débuté le 27 juin 2017, a été suspendu du 15 juillet au 15 août 2017 et est arrivé à échéance le lundi 28 août 2017 (art. 38 al. 1 LPGA et 17 al. 1 LPA-GE). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est ainsi recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA-GE).

5. Le litige porte sur la suppression par voie de révision du droit de la recourante à une rente d'invalidité, plus particulièrement sur la détermination du revenu sans invalidité et l'application de la méthode mixte, respectivement sur son droit à des mesures professionnelles.

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

b. 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. 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; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

7. Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci

est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88 bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77. 8. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid. 5.1). 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; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

a. 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 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b).

b. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

c. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. De jurisprudence constante, le juge

apprécie en règle générale la légalité des décisions entreprises d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 131 V 242 consid. 2.; ATF 121 V 362 consid. 1b). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit cependant être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (cf. ATF 99 V 98 consid. 4 et les arrêts cités; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_537/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 3.2). 9. 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). 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). 10. En l'espèce, la rente initiale d'invalidité a été accordée par décision du 14 avril 2016, sur la base des rapports de la Dresse E\_\_\_\_\_ et de la Dresse J\_\_\_\_\_ qui ont retenu une incapacité de travail entière dans toute activité du 8 septembre 2014 jusqu'à fin mars 2016 en tout cas. Par la suite, il n'y a eu aucune nouvelle décision entrée en force examinant le droit à la rente, avant la décision du 22 juin 2017 le supprimant. Par conséquent, il convient de comparer les circonstances présentes lors des décisions des 14 avril 2016 et 22 juin 2017 afin d'examiner si elles se sont notablement modifiées. Dans ses rapport des 5 février 2015 et 19 août 2015, la Dresse E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué, avec effet sur la capacité de travail, un carcinome canalaire invasif sous chimiothérapie, puis radiothérapie et hormonothérapie jusqu'à fin avril 2015. Elle a conclu à une capacité de travail nulle dans toute activité. La recourante présentait des effets secondaires importants à la chimiothérapie avec notamment des nausées et douleurs osseuses, ainsi que des limitations quant à la résistance, à l'utilisation du membre supérieur droit, la station debout prolongée, ainsi qu'aux capacités de concentration, de compréhension et d'adaptation. Elle a estimé qu'une reprise partielle d'activité était en principe envisageable à partir d'avril 2016. S'agissant de la situation prévalant en juin 2017, le Dr F\_\_\_\_\_ et la Dresse G\_\_\_\_\_ diagnostiquent, avec incidence sur la capacité de travail, un status post-cancer du sein droit et un état dépressif. Ils précisent que la persistance des douleurs rachidiennes et du membre supérieur droit ont une répercussion sur l'état psychique de la recourante. Celle-ci n'a aucune capacité de travail dans l'activité habituelle, mais selon la Dresse G\_\_\_\_\_, une reprise après formation professionnelle serait envisageable à 50% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles touchent les positions debout exclusive, accroupie, à genoux, la marche, la rotation en position assise ou debout, le soulèvement et le port de charges supérieures à trois kg, la montée sur une échelle ou un échafaudage, la résistance, ainsi que les capacités d'adaptation, de concentration limitée à deux heures et de compréhension limitée à quatre heures. Pour sa part, le Dr H\_\_\_\_\_ considère que la recourante a « en ce moment » une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée sans travaux uniquement debout, en marchant, sur une échelle ou un échafaudage, avec les bras au-dessous de la tête et sans port de charges supérieures à 3 kg. Toutefois, un mois après la décision de suppression de rente, la Dresse I\_\_\_\_\_ atteste d'une incapacité de travail entière dès la date de sa première consultation, soit dès le 24

juillet 2017. Étant donné que dans leurs rapports des 22 décembre 2016 et 26 décembre 2016, le Drs F\_\_\_\_\_ et G\_\_\_\_\_ diagnostiquent, avec effet sur la capacité de travail, un état dépressif et font état d'une persistance des douleurs rachidiennes et du membre supérieur droit ayant une répercussion sur l'état psychique de la recourante, l'atteinte à la santé psychique incapacitante existait au degré de la vraisemblance prépondérante déjà avant l'établissement de la décision litigieuse. Par conséquent, il y a lieu de prendre en considération le certificat de la Dresse I\_\_\_\_\_, dans la mesure où il a trait à la situation médicale existant au moment de la décision litigieuse, qui fait état d'un suivi psychiatrique depuis le 24 juillet 2017 et d'une incapacité de travail entière. En l'espèce, il y a lieu tout d'abord de constater que, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence, tant les rapports des Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ que celui de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne procèdent à aucune comparaison de l'état de santé de la recourante entre la décision initiale de rente du 14 avril 2016 et la décision litigieuse du 22 juin 2017, étant précisé que le Dr F\_\_\_\_\_ suit la recourante depuis le 12 mai 2016. Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas à ce sujet et se borne à retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, d'ailleurs sans préciser depuis quelle date. Quant à l'incapacité de travail de la recourante, le Dr F\_\_\_\_\_ se borne à retenir une diminution de rendement en raison de la fatigue chronique et des douleurs. S'agissant d'une activité adaptée, il considère que la recourante pourrait bénéficier d'une mesure d'orientation et d'un placement à l'essai. Par conséquent, il ne paraît pas pouvoir prendre position sur une reprise du travail sans recul et semble douter d'une amélioration de l'état de santé de la recourante telle qu'elle lui permette de reprendre une activité lucrative sans échec. Quant à la Dresse G\_\_\_\_\_, elle considère qu'une reprise serait envisageable à 50% mais seulement après formation. Par conséquent, en concluant à une capacité de de travail actuelle de 50%, le médecin du SMR prend d'autres conclusions que les médecins de la recourante, sans avoir procédé à un examen de celle-ci, respectivement outrepassent son rôle au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI tel que limité par la jurisprudence rappelée ci-dessus (consid. 8b). Aussi son rapport n'a-t-il pas valeur probante. Si le SMR estimait que la recourante a une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il devait procéder à une instruction complémentaire sur le plan médical, en faisant préciser ce point par l'oncologue ou en mettant en œuvre une expertise, ce qu'il n'a pas fait. Par ailleurs, malgré la connaissance d'un diagnostic psychiatrique incapacitant et des effets de la persistance des douleurs sur l'état psychique de la recourante, l'intimé n'a pas instruit cette question, de sorte que la chambre de céans n'est pas en mesure d'évaluer si, entre les rapports médicaux de décembre 2016 et la décision litigieuse du 22 juin 2017, le pronostic quant à l'existence d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée est confirmé ou si la recourante a épuisé ses ressources adaptatives et pourquoi elle a besoin d'un suivi psychiatrique. Par conséquent, au vu de l'état de fait incomplet sur le plan médical, la décision doit être annulée. 11. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss 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 exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation

personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).!endif]>![if> Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références). 12. Dans un premier grief, la recourante conteste l'existence d'un statut mixte au motif que le taux d'activité disponible de 11,4% est trop faible pour lui permettre de trouver un emploi supplémentaire, respectivement de l'exploiter économiquement.!endif]>![if> En l'espèce, dans sa décision initiale de rente, l'intimé a retenu un statut mixte eu égard à une activité professionnelle exercée à raison de 82%, à savoir dix-sept heures hebdomadaires auprès de l'employeur 1, alors que l'horaire normal dans l'entreprise est de quarante-deux heures (40%), et dix-huit heures hebdomadaires auprès de l'employeur 2, alors que l'horaire normal dans l'entreprise est de quarante-trois heures (42%), respectivement des travaux habituels accomplis à raison de 18%. Étant donné que la recourante n'a pas recouru contre la décision initiale de rente - qui est entrée en force - et que sa situation personnelle et familiale ne s'est pas modifiée puisqu'elle n'a pas d'enfants et vit chez sa sœur, il n'existe aucun élément faisant apparaître, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle n'aurait pas continué à exercer une activité professionnelle selon un taux inférieur à 100%. Contrairement à ce que soutient la recourante, dans la mesure où, en plus des employeurs 1 et 2, elle s'occupait du ménage de l'employeur 3 à raison de trois heures hebdomadaires, rien ne l'empêchait de compléter son taux d'activité professionnelle par six heures hebdomadaires de ménage auprès de deux autres employeurs afin d'atteindre le taux de 100%. Par conséquent, il y a lieu d'admettre un statut mixte et de confirmer la décision litigieuse sur ce point. 13. a. 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. 28 a 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. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28 a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27 bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).!endif]>![if> 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. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28 a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

b. 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). Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). 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). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service,

nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5). 14. Compte tenu de la date de la décision administrative en cause, qui détermine l'application dans le temps des règles légales au présent litige (ATF 130 V 447 consid. 1.2.1; ATF 127 V 467 consid. 1), il n'y a pas lieu de tenir compte de la modification réglementaire relative à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative à temps partiel entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_858/2017 du 20 février 2018 consid. 2.2). En effet, selon la jurisprudence, lors l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'art. 27 bis al. 2 à 4 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI - RS 831.201) dans sa teneur du 1<sup>er</sup> décembre 2017 n'est applicable, eu égard au traitement uniforme et égal des assurés, qu'à partir de l'entrée en vigueur de cette modification (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_553/2017 du 18 décembre 2017 consid. 5 et 6.2). En vertu des dispositions transitoires de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017, lorsque l'octroi d'une rente a été refusé avant l'entrée en vigueur de la modification du 1<sup>er</sup> décembre 2017 du RAI parce que le taux d'invalidité était insuffisant, à un assuré qui exerce une activité lucrative à temps partiel et accomplit par ailleurs des travaux habituels visés à l'art. 7, al. 2, LAI, une nouvelle demande est examinée s'il paraît vraisemblable que le calcul du taux d'invalidité conformément à l'art. 27 bis, al. 2 à 4, aboutira à la reconnaissance d'un droit à la rente (al. 2). 15. En l'espèce, dans sa décision du 22 juin 2017, l'intimé retient une part d'activité lucrative de 82% et une part de travaux habituels de 18%. Il reprend les taux mentionnés dans sa décision du 14 avril 2016, entrée en force, qui reposait sur les calculs figurant dans la notice du 21 octobre 2015 concernant le statut. Bien que le dossier de l'intimé contienne les contrats de travail des employeurs 1 à 3, lesdits calculs se basent uniquement sur l'activité lucrative exercée auprès des employeurs 1 et 2. Dans sa réponse du 25 septembre 2017, l'intimé admet qu'il a omis de prendre en compte l'activité exercée auprès de l'employeur 3 qui correspond à un taux d'activité de 6,6% eu égard à l'activité hebdomadaire de trois heures alors que selon la CTT, la durée de travail hebdomadaire à temps complet est de quarante-cinq heures, de sorte que la part professionnelle est de 88,6% (82 + 6,6). S'agissant du calcul du degré d'invalidité dans l'activité professionnelle, l'intimé retient un revenu sans invalidité de CHF 37'019.- en 2015 dans sa décision litigieuse, respectivement de CHF 40'439.- dans sa réponse en tenant compte d'un revenu annuel de CHF 3'420.- réalisé auprès de l'employeur 3 qu'il compare au revenu statistique basé sur les ESS 2014, puis adapté à l'évolution des salaires en 2017. Or, selon la jurisprudence, pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au

moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174 ). Étant donné que la décision litigieuse date du 22 juin 2017, les revenus avec et sans invalidité doivent être comparés sur la base de la même année de référence, soit l'année 2017, de sorte que le calcul du degré d'invalidité est erroné. La recourante conteste également le revenu pris en compte auprès de l'employeur 3 en tant que l'intimé a annualisé le salaire 2013 mentionné sur le CI au lieu d'annualiser le salaire ressortant de l'attestation de salaire 2014 dudit employeur. En l'occurrence, dans la mesure où le revenu sans invalidité doit être déterminé en se référant au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires, il n'y a aucune raison d'annualiser le CI 2013 alors que l'incapacité de travail a débuté en septembre 2014. Dès lors, le revenu réalisé auprès de l'employeur 3 doit être annualisé en fonction de l'attestation de salaire de celui-ci pour l'année 2014. Par ailleurs, pour tenir compte de l'évolution des salaires, l'intimé doit actualiser pour l'année 2017 les salaires que la recourante aurait obtenus sans invalidité auprès de chacun des trois employeurs, ce qu'il n'a pas fait, faute de leur avoir adressé un nouveau questionnaire pour employeur. Par conséquent, au vu des diverses erreurs et lacunes dans le calcul du revenu de la recourante dans l'activité lucrative, la décision doit également être annulée pour ce motif. 16. La recourante reproche également à l'intimé de ne pas avoir procédé à une enquête ménagère pour déterminer ses empêchements dans le ménage.!

a. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97 ). 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. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93 ) une telle enquête a valeur probante. 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). b. En l'espèce, l'intimé n'a pas procédé à une enquête ménagère, au motif que, même en retenant le même empêchement dans les activités habituelles que dans l'activité lucrative, soit de 50%, le degré d'invalidité de la recourante calculé en application de la méthode mixte est inférieur au taux de 40% lui donnant droit à un quart de rente d'invalidité. Puis, dans son mémoire de réponse, bien qu'il recalcule le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle en admettant qu'il est de 39,8%, l'intimé ne détermine pas le degré d'invalidité global. Toutefois, en reprenant les chiffres de l'intimé, à savoir une part professionnelle de 88,6% et une part ménagère de 11,4%, le degré d'invalidité global est de 40,96%, soit 41% ( $[39,8 \times 88,6\% = 35,26\%] + [50 \times 11,4\% = 5,7\%]$ ), de sorte que la recourante aurait droit à une rente d'invalidité. La question de savoir si l'intimé est en droit de ne pas procéder à une enquête ménagère lorsqu'un statut mixte s'applique, au motif qu'en admettant un

empêchement dans les travaux habituels identique au taux de l'incapacité de gain, le degré d'invalidité est inférieur à 40% - au contraire de ce que prévoit les directives de l'OFAS et la jurisprudence -, peut rester ouverte. En effet, dans le cas de la recourante, tel n'est pas le cas, de sorte que l'intimé devait mener une enquête ménagère. Par ailleurs, au vu du sort du recours, l'intimé devra rendre une nouvelle décision et appliquer, pour le calcul du degré d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> janvier 2018, la nouvelle méthode de calcul du degré d'invalidité selon la méthode mixte prévue par l'art. 27 bis al. 2 à 4 RAI. Dès lors, dans cette perspective également, une enquête ménagère s'impose. Par conséquent, la décision doit également être annulée pour ce motif. 17. Dans un dernier grief qu'elle invoque subsidiairement, la recourante reproche à l'intimé de ne pas l'avoir mise au bénéfice de mesures professionnelles.!

a. D'après la jurisprudence, on applique de manière générale dans le domaine de l'assurance-invalidité le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations de l'assurance-invalidité, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession, d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente (sur ce principe général du droit des assurances sociales, voir ATF 123 V 233 consid. 3c; ATF 117 V 278 consid. 2b et 400 consid. 4b, ainsi que les arrêts cités). La réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage et prime aussi bien le droit à une rente qu'à celui des mesures de réadaptation (art. 21 al. 4 LPGA). b. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner si la capacité de travail que la personne assurée a recouvrée sur le plan médico-théorique se traduit pratiquement par une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou si, le cas échéant, il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'établir l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.), voire des mesures de réadaptation au sens de la loi (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 et les références, in SVR 2011 IV n° 30 p. 86). La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision (art. 17 al. 1 LPGA) ou reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA), du droit à la rente concerne une personne assurée qui est âgée de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins. Cela ne signifie pas que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220). Des exceptions ont déjà été admises lorsque la personne concernée avait maintenu une activité lucrative malgré le versement de la rente - de sorte qu'il n'existait pas une longue période d'éloignement professionnel - ou lorsqu'elle disposait d'une agilité et d'une flexibilité particulières et était bien intégrée dans l'environnement social (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_183/2015 du 19 août 2015 consid. 5, in SVR 2015 IV n° 41 p. 139 et arrêt du Tribunal fédéral 9C\_92/2016 du 29 juin 2016 consid. 5.1). c. En l'espèce, la recourante a perçu une rente d'invalidité pendant près de deux ans avant que l'intimé ne la supprime et est âgée de 41 ans, de sorte qu'elle ne fait pas partie de la catégorie des assurés dont il convient d'admettre qu'ils ne peuvent en principe pas entreprendre de leur propre chef tout ce que l'on peut raisonnablement attendre d'eux

pour tirer profit de leur capacité résiduelle de travail. 18. a. Selon l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1 bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).!

En vertu de 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<sup>er</sup>). 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). Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI, 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. b. Selon la jurisprudence développée à propos de l'art. 18 LAI dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2003, l'admission du droit au service de placement est subordonnée aux conditions générales du droit aux prestations de l'assurance-invalidité; elle dépend notamment de l'existence d'une invalidité spécifique par rapport aux prestations entrant en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 523/04 du 19 août 2005 consid. 3.1). Le Tribunal fédéral a ainsi considéré que cette condition était remplie, pourvu que l'assuré rencontre, dans la recherche d'un emploi, des difficultés même légères en raison de son état de santé (ATF 116 V 80 consid. 6a; VSI 2000 p. 72 consid. 1a). Dès lors, il existe une invalidité déterminante pour le service de placement si, pour des raisons de santé, l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi approprié (ATF 116 V 80 consid. 6a). Lorsque la capacité de travail est limitée uniquement du fait que seules des activités légères peuvent être exigées de l'assuré, il faut qu'il soit entravé de manière spécifique par l'atteinte à la santé dans la faculté de rechercher un emploi (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, in VSI 2003 p. 274) principe dont la jurisprudence a admis qu'il demeurerait valable également après l'entrée en vigueur de la 4<sup>ème</sup> et de la 5<sup>ème</sup> révision de l'AI (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 427/05 du 24 mars 2006, in SVR 2006 IV Nr. 45 p. 162; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_416/2009 du 1<sup>er</sup> mars 2010 consid. 5.2).

19. En l'espèce, la recourante pourrait exercer à 50% une activité simple et légère. Le revenu d'invalidité a été établi sur la base du salaire médian de l'ESS qui, selon la jurisprudence, recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière.!

Par conséquent, la recourante, couturière de formation, est en mesure de trouver sur le marché du travail des activités qui sont compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes et qui n'impliquent pas de formation, de sorte qu'une mesure de reclassement n'est pas nécessaire. De plus, au vu des rapports médicaux à disposition, son atteinte à la santé ne l'entrave pas dans la recherche d'un emploi, de sorte qu'elle ne remplit pas davantage les conditions d'octroi d'une mesure de placement. Dès lors, la décision doit

être confirmée sur ce point. 20. Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). [endif]>[if> Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136, 1989 n° K 809 p. 206). A l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87; arrêt du Tribunal fédéral consid. 2.3 9C\_162/2007 du 3 avril 2008). En l'espèce, étant donné que les faits ont été constatés de façon sommaire par l'intimé et que l'instruction complémentaire porte sur de nombreux points, notamment sur une enquête ménagère à domicile qui doit être réalisée par une infirmière, il convient de renvoyer le dossier à l'intimé pour qu'il procède à l'instruction requise. 21. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 22 juin 2017 sera annulée au sens des considérants.[endif]>[if> La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que depuis le 1 er juillet 2006 la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1 bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable.[endif]>[if> Au fond : 2. L'admet partiellement et annule la décision du 22 juin 2017 au sens des considérants.[endif]>[if> 3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.[endif]>[if> 4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.[endif]>[if> 5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé. [endif]>[if> 6. 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.[endif]>[if> 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.