

GE_GERICHTE A/3575/2014 vom 22. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3575_2014

FR: GE_GERICHTE A/3575/2014 du 22 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/3575/2014 del 22 dicembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 22.12.2015 A/3575/2014

A/3575/2014 ATAS/1001/2015 du 22.12.2015 (AI) , REJETE En fait En droit rÉpublique et canton de genÈve POUVOIR JUDICIAIRE A/3575/2014 ATAS/1001/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 22 décembre 2015 1 ère Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Lassana DIOUM 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) est une ressortissante marocaine née le _____ 1965. À la suite de l'obtention de son baccalauréat en 1985 et d'un diplôme de secrétaire de direction en 1989 au Maroc, elle est arrivée en Suisse le 23 novembre 1990. Elle a exercé la profession d'aide-infirmière avant de s'orienter dans la vente dès le mois de mars 1996. Elle a travaillé de mars 1996 à septembre 1998, en tant que conseillère en bijoux mode haut de gamme pour B_____ SA, de janvier 1999 à juillet 2000, en tant que gérante de la boutique C_____ à Lausanne, pour un salaire de CHF 53'300.- en 1999, de septembre 2000 à janvier 2004, comme vendeuse, puis responsable au sein de D_____ SA, pour un salaire de CHF 60'000.- en 2002 et de CHF 47'212.- en 2003, de mars 2004 à décembre 2006, en tant que directrice-gérante d'une boutique, chez E_____ SA, pour un salaire de CHF 47'000.- en 2004, de CHF 39'000.- en 2005 et de CHF 69'360.- en 2006, de mai 2008 à avril 2009, en qualité de vendeuse dans le domaine de la bijouterie et de l'horlogerie au sein de F_____ SA, pour un salaire de CHF 37'040.- en 2008 et CHF 18'537.- en 2009, de mai à décembre 2007, de février à avril 2008 et de juin 2009 à février 2011, elle a perçu des indemnités de l'assurance-chômage et de février 2011 à septembre 2013, a travaillé 40 heures par semaine comme vendeuse-responsable à la G_____ (emploi de solidarité), pour un salaire de CHF 38'700.-. Le 2 septembre 1994, l'assurée s'est blessée la cheville droite avec des bris de verre d'une porte, en Espagne. Les plaies ont été suturées, sans que les lésions profondes occasionnées par les coupures aient été décelées. Le 25 novembre 1994, le docteur H_____, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, et en chirurgie de la main, a opéré l'assurée, procédant à une greffe du nerf tibial postérieur. Il a posé le diagnostic de status d'environ deux mois après plaies retro-sus-malléolaires médiales et latérales à droite, avec sections de structures nobles méconnues : pédicule vasculo-nerveux tibial postérieur, nerf sural, tendon du jambier postérieur, tendon du fléchisseur profond des orteils. Dans un rapport du 4 mars 1996, le Dr H_____ a indiqué que l'évolution après l'opération avait été sans complication, bien que marquée par des problèmes fréquents dans le contexte de lésions similaires (paresthésies désagréables et troubles de la régulation du tonus vasculaire se manifestant par des douleurs à caractère de brûlure et d'échauffement croissant en cours

de journée). Les lésions subies allaient probablement laisser des séquelles. Toutefois, l'assurée étant jeune, il était peu vraisemblable qu'une diminution permanente et importante de la capacité de travail soit admissible. Sa motivation à travailler justifiait d'autant plus un reclassement professionnel dans une activité n'exigeant pas le maintien de la station debout.!

5. Le 7 juillet 1996, l'assurée a déposé une demande auprès de l'office cantonal AI du Valais. Celle-ci a été rejetée le 6 décembre 1996, l'office considérant que l'assurée ne remplissait pas les conditions d'assurances pour l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité.!

6. Dans un rapport du 4 juin 2003, le Dr H_____ a relevé que la profession de gérante-vendeuse exercée par l'assurée impliquait de passer ses journées en station debout, ce qui n'était pas adapté à son état de santé. Elle se plaignait d'une dysesthésie douloureuse de toute la plante du pied et de douleurs « internes » à caractère de pression-écrasement. Un reclassement dans une profession lui permettant d'alterner les positions était opportun.!

7. Le 1^{er} septembre 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud en raison des suites de son accident de 1994.!

8. Dans une expertise du 30 avril 2004, le docteur I_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a retenu les diagnostics de status huit ans après plaie par vitre sus-malléolaire interne et lésion du nerf tibial postérieur, de l'artère tibiale postérieure et des tendons du jambier postérieur et fléchisseur profond des orteils à droite, status après plaie sus-malléolaire externe de la cheville droite avec lésion du nerf sural, status après révision de la plaie et greffe secondaire fasciculaire du nerf tibial postérieur et du nerf sural, troubles neurologiques avec uniquement sensibilité protectrice à la plante du pied dans le territoire du nerf tibial postérieur et hypersensibilité désagréable à la plante du pied dans le territoire du nerf tibial postérieur, assensibilité dans le territoire du nerf sural et insuffisance des fléchisseurs profonds des orteils. L'incapacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle, en raison des douleurs et de la fatigue générées par le maintien de la station debout. Dans une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter de marcher sur une période prolongée, la capacité de travail était de 100%. Une activité de secrétaire était compatible avec son état de santé, lequel était stationnaire depuis 1998.!

9. Par décision du 13 septembre 2004, l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a rejeté la demande de prestations au motif qu'à l'issue du délai de carence d'une année, soit le 13 août 2004, l'assurée avait retrouvé un emploi à plein temps en tant que directrice dans la vente.!

10. Le 12 décembre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI), invoquant des lésions à la cheville droite depuis 1994.!

11. Dans un rapport du 14 janvier 2013, le docteur J_____, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics de lésion traumatique complexe de la cheville droite avec section du tendon, de l'artère et une greffe en 1994 et de complications post-opératoires. Le pronostic était sombre et l'incapacité de travail totale depuis le 12 novembre 2012. Une reprise de l'activité habituelle était envisageable à 50%. Dans une activité permettant d'éviter le maintien de la position debout, une reprise du travail à 100% était possible.!

12. Dans un rapport du 18 février 2013, le docteur K_____, spécialiste FMH en angiologie et en médecine interne générale, a relevé une absence de signal au niveau de l'artère tibiale postérieure droite pouvant correspondre au traumatisme de 1994. La symptomatologie évoquée par l'assurée semblait plutôt de nature neurologique. Elle pouvait être aggravée par une longue station debout et une tendance à l'œdème du pied droit, lequel était moins mobile qu'il ne devrait.!

13. Le 11 mars 2013, l'OAI a informé

l'assurée de la prise en charge d'un cours intensif d'anglais de mars à juin 2013, au titre de mesure d'intervention précoce, et le 20 mars 2013, d'un cours d'informatique organisé en collaboration avec l'office cantonal de l'emploi d'avril à juin 2013. À la demande de l'assurée, les cours d'anglais ont été reportés en septembre 2013.!

14. Dans un rapport du 3 avril 2013, le Dr H_____ a retenu les diagnostics de section de structures vasculaires, nerveuses et tendineuses rétro-malléolaires à la cheville droite en septembre 1994. L'assurée présentait des dysesthésies douloureuses de toute la plante du pied droit et des douleurs à caractère « interne » de pression-écrasement. La symptomatologie était croissante en cours de journée et s'accroissait en seconde partie de semaine. L'assurée ne pouvait pas tolérer la station debout prolongée. En revanche, elle était apte à travailler à plein temps, et sans diminution de rendement, dans une profession lui permettant d'alterner les positions assise et debout, ou de rester assise.!

15. Dans un rapport intermédiaire du 27 juin 2013, le Dr H_____ a confirmé la teneur de son précédent rapport, tout en précisant que l'état de santé de l'assurée était stabilisé depuis plus de dix ans.!

16. Dans un rapport du 13 août 2013, le Dr J_____ a considéré que l'état de santé de l'assurée était stationnaire « depuis le début ». La mobilité de la cheville était limitée et douloureuse. Sa capacité de travail était nulle depuis le 12 novembre 2012, dans toute activité.!

17. Le 29 janvier 2014, l'OAI a suspendu les mesures d'intervention précoce, l'assurée étant prise en charge par l'assurance-chômage.!

18. Par courrier du 5 mai 2014, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas repris d'activité professionnelle, qu'elle était toujours en incapacité de travail et que ses allocations de chômage s'élevaient à CHF 2'615.80, étant précisé qu'elles étaient calculées sur la base du salaire, particulièrement bas, de son emploi de solidarité auprès de la G_____.!

19. Dans un rapport du 6 mai 2014, le Dr J_____ a indiqué que l'état de l'assurée était stationnaire et retenu le nouveau diagnostic de syndrome douloureux (cervico-brachialgie). Ces douleurs apparaissaient lorsqu'elle marchait ou restait assise. Sa capacité de travail était nulle depuis le 12 novembre 2012. Elle devait éviter de porter des poids, de marcher de manière prolongée, de rester assise et de maintenir des positions prolongées.!

20. Dans un avis du 11 juin 2014, la doctoresse L_____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), a récapitulé les rapports et documents fournis par les différents médecins consultés depuis l'accident et en a conclu que l'état de santé de la recourante était stabilisé depuis septembre 2004. Compte tenu de ces rapports, la capacité de travail de l'assurée était de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.!

21. Dans un projet de décision du 31 juillet 2014, l'OAI a considéré que le degré d'invalidité de l'assurée était de 12%, ce qui n'était pas suffisant pour ouvrir le droit à une rente ou des mesures professionnelles de reclassement. Lors de l'atteinte à la santé en novembre 2012, l'assurée était en emploi solidarité, de sorte qu'il convenait d'utiliser un salaire statistique pour établir le revenu sans invalidité. En l'espèce, ce revenu correspondait au salaire statistique à plein temps d'une femme selon le tableau TA1, ligne 47, niveau 3 (personne qualifiée dans la vente) de l'enquête suisse sur la structure des salaires 2012 (ci-après : ESS 2012), soit CHF 54'413.-. S'agissant du revenu avec invalidité, il correspondait au salaire à plein temps d'une femme, tous secteurs confondus, selon le tableau TA1, niveau 4 de l'ESS 2012, sous déduction d'un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles et de la nécessité d'exercer une activité légère, soit CHF 48'394.-.!

22. Le 25 août 2014, l'assurée s'est opposée à ce projet de décision, estimant qu'il ne reposait pas sur des bases suffisantes. Tous les rapports

de ses médecins traitants n'avaient pas été pris en compte. En réalité, ce projet ne se fondait que sur l'avis du SMR, sans qu'une expertise ait été confiée à un médecin externe à l'OAI. De plus, son état de santé s'était dégradé. Elle avait dû travailler plusieurs années avec une cheville douloureuse, ce qui avait eu des conséquences sur ses hanches et son dos. En outre, le revenu sans invalidité retenu par l'OAI se basait sur le salaire versé par la G_____, lequel n'était pas représentatif. En effet, elle avait exercé l'activité de gérante dans la vente pour un revenu de CHF 60'000.- en 2002 et de CHF 69'360.- en 2006. Sans son atteinte à la santé, elle aurait continué à exercer cette activité, pour des revenus similaires.![endif]>![if> 23. Dans un avis du 26 septembre 2014, la Dresse L_____ a confirmé l'absence d'aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis 2004 et maintenu les conclusions de son précédent rapport. Pour le surplus, cette dernière n'apportait aucun élément médical nouveau susceptible de permettre une appréciation différente du cas.![endif]>![if> 24. Par décision du 20 octobre 2014, l'OAI a confirmé le rejet de la demande de prestation de l'assurée. Le SMR attestait d'une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de collaboratrice dans la vente et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, depuis novembre 2012. Son revenu sans invalidité se montait à CHF 54'413.- (ESS 2012, tableau TA1, femme, ligne 47, niveau 3). Son revenu avec invalidité s'élevait à CHF 48'394.-, après déduction d'un abattement de 10%, en raison des limitations fonctionnelles et de la nécessité d'exercer une activité légère (ESS 2012, tableau TA1, femme, tous secteurs confondus, niveau 4). La perte de gain de l'assurée était donc de CHF 6'019.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 12%. Ce taux était toutefois insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles de reclassement. Le courrier du 25 août 2014 de la recourante n'avait apporté aucun élément médical nouveau.![endif]>![if> 25. Par acte du 21 novembre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par devant la chambre de céans, sollicitant un délai pour compléter son recours. En parallèle, l'assurée a déposé une demande d'assistance juridique.![endif]>![if> 26. Le 2 décembre 2014, la chambre de céans a accordé à l'assurée un délai au 12 janvier 2015 pour compléter son recours. Par la suite, ce délai a été prolongé au 6 février, puis au 6 mars 2015.![endif]>![if> 27. Le 29 janvier 2015, l'assistance juridique a été accordée à l'assurée et son conseil nommé.![endif]>![if> 28. Le 6 mars 2015, l'assurée a, par l'intermédiaire de son conseil, complété son recours du 21 novembre 2014. Elle a conclu principalement à l'annulation de la décision du 20 octobre 2014 et à l'octroi de mesures professionnelles, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimé, afin qu'il mette en œuvre une expertise médicale, sous suite de frais et dépens. Son taux d'incapacité de travail était en cours d'évaluation par le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne générale. L'intimé fondait sa décision sur le seul avis du SMR, lequel ne l'avait pas examinée. En outre, le revenu sans invalidité retenu était erroné. Il aurait dû prendre en compte son revenu annuel de 2006, soit CHF 69'360.-. Dans la mesure où le revenu d'invalidité était de CHF 48'394.-, la diminution de la capacité de gain était de CHF 20'606.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 30%. Son activité habituelle de gérante de boutique de vêtements était rendue difficile par son invalidité. Or, un reclassement lui permettrait de maintenir, voire d'améliorer, sa capacité de gain. Enfin, l'intimé aurait dû lui proposer un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié ou un placement à l'essai.![endif]>![if> 29. Dans sa réponse du 30 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours. Le fait que la recourante ait réalisé un revenu de CHF 69'360.- était sans pertinence, dans la mesure où elle n'avait perçu un tel revenu qu'en 2006. De plus, son incapacité de travail n'avait débuté qu'en 2012. Entre 2007 et octobre 2013, elle

avait reçu des indemnités de chômage et travaillé pour le compte de F_____ SA de mai 2008 à avril 2009 et de la G_____ (emploi de solidarité) de février 2011 à septembre 2013, respectivement pour un salaire annuel de CHF 55'577.- et de CHF 38'700.-. Compte tenu de ces éléments, l'utilisation d'un salaire statistique était justifiée pour déterminer son revenu sans invalidité. Selon le SMR, la capacité de travail de la recourante était de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. Certes, le SMR n'avait pas ausculté la recourante. Cela étant, son avis se fondait sur une étude approfondie du dossier, en particulier sur les rapports des Dr J_____, K_____ et H_____. S'agissant des mesures professionnelles, l'intimé avait pris en charge, sous forme de mesures d'intervention précoce, un cours intensif d'anglais et une certification en bureautique, afin de valoriser sa formation déjà acquise et son expérience. Ces mesures avaient pris du retard. Par la suite, la recourante avait été prise en charge par l'assurance-chômage et avait notamment bénéficié de stages. Son degré d'invalidité de 12% était insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel, lequel serait en tous les cas disproportionné, la recourante ayant toutes les formations nécessaires pour mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail.!

30. Dans sa réplique du 23 avril 2015, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Le fait qu'elle n'ait été en incapacité de travail que depuis le mois de novembre 2012 était contesté. Matériellement, elle était en incapacité de travailler depuis son accident, soit le 2 septembre 1994, sa première demande de prestations datant du 28 juin 1996. Malgré ses douleurs, elle n'avait eu d'autre alternative que de continuer à travailler, ses demandes de prestations ayant été à chaque fois refusées. En ce qui concerne son revenu sans invalidité, la recourante a rappelé son parcours académique et professionnel. Le salaire de CHF 69'360.- qu'elle avait perçu en 2006 reflétait ses bonnes performances, malgré ses problèmes de santé. Ainsi, compte tenu de sa grande expérience et de ses compétences professionnelles, le revenu sans invalidité auquel elle aurait pu prétendre au moment du dépôt de sa demande de prestations, était au moins égal à son revenu de 2006. En outre, l'intimé avait indiqué avoir appliqué les ESS 2012, TA1, ligne 47, niveau 3, pour déterminer le revenu sans invalidité. Or, le revenu de CHF 54'413.- retenu par l'intimé ne correspondait pas à cette catégorie.!

31. Dans sa duplique du 21 mai 2015, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a relevé le silence de la recourante en rapport avec les mesures professionnelles dont elle avait bénéficié grâce à l'assurance-chômage. Pour le surplus, il a modifié son calcul de degré d'invalidité, en raison d'une erreur. En effet, le salaire statistique appliqué pour fixer le revenu sans invalidité de la recourante correspondait aux ESS de 2010 (TA1, ligne 47, niveau 3). En appliquant les ESS de 2012 (TA1, secteur privé, ligne 47, niveau 2), le revenu sans invalidité se montait à CHF 53'743.-. Lors de l'atteinte à la santé, la recourante travaillait à plein temps dans un emploi de solidarité pour le compte de la G_____. Son salaire se montait à CHF 38'700.-. La différence entre ce salaire et le salaire spécifique de la branche figurant dans les ESS 2012 était supérieure à 5% (en l'occurrence, CHF 38'700.- par rapport à CHF 53'743.-, soit 28%). Il convenait par conséquent d'appliquer la méthode du parallélisme des revenus, ce qui conduisait à retenir un revenu sans invalidité de CHF 51'056.- ($53'743 - 38'700 = 15'043$, soit un écart de 28% supérieur à la limite de 5% ; $28\% - 5\% = 23\%$; $23\% \text{ de } 53'743 = 12'356$; $12'356 + 38'700 = 51'056$). S'agissant du revenu avec invalidité, il convenait de retenir le salaire statistique de CHF 46'297.- (TA1, secteur privé, tous secteurs confondus, niveau 1 [activité simple et répétitive ne nécessitant pas de formation], durée hebdomadaire de travail de 41.7 heures et abattement de 10%). Compte tenu de ces éléments, le degré d'invalidité de la recourante s'élevait à 9.32%, arrondis à 9%,

ce qui était insuffisant pour ouvrir le droit à une rente ou à des mesures professionnelles. 32. Dans ses observations du 11 juin 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a indiqué que depuis sa demande de prestations du 12 décembre 2012, respectivement la décision querellée du 20 octobre 2014, son état de santé n'avait cessé de se dégrader. L'évaluation du Dr M_____ était encore en cours et son rapport final allait être rendu prochainement. Dans ce contexte, elle avait été examinée par le docteur N_____, spécialiste FMH en neurologie. Ce dernier avait rendu un rapport le 31 mars 2015 et retenu les diagnostics d'atteinte lésionnelle des nerfs saphène externe et de sciatique poplitée interne droite. L'examen électoneuromyographique effectué par ses soins montrait une atteinte à la fois du nerf tibial postérieur et sural du pied droit qui confirmait ce qui était déjà connu jusqu'à aujourd'hui, soit une atteinte lésionnelle sévère des troncs nerveux mentionnés, avec douleurs neurogènes associées. Sur la base de ce rapport et de ses propres constatations, le Dr M_____ avait attesté de son incapacité de travail totale dès le 6 mai 2015, pour une durée indéterminée. En effet, les refus de prestations de l'assurance-invalidité l'avait contrainte à continuer à travailler dans des emplois inadaptés à son état de santé. Son atteinte au pied avait des conséquences sur le reste de son corps (hanches et dos), qui devaient être traitées au moyen de séances de physiothérapie. L'évolution de son état de santé constituait un fait nouveau, qu'il convenait d'instruire. 33. Le 10 août 2015, la recourante a communiqué à la chambre de céans les documents suivants : - une attestation du 3 juillet 2015 du docteur O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, faisant état d'un suivi psychiatrique de la recourante depuis le 13 mai 2015, en raison d'un état dépressif évoluant depuis plusieurs mois dans le contexte de douleurs chroniques. Son état avait nécessité la prescription d'une médication antidépressive et hypnotique, ainsi que la mise en place de séances hebdomadaires de psychothérapie ; - un rapport du 13 juillet 2015 du Dr M_____ relevant que des séquelles cliniques sévères avaient persistés au terme de la première prise en charge post-chirurgicale de la cheville droite de la recourante en 1996. À ce jour, elle présentait une hypersensibilité douloureuse de la plante du pied (dysesthésie allodynie) avec douleurs extrêmes au frottement et au toucher de la face interne de la plante du pied, ce qui limitait sa station debout et perturbait son équilibre, l'appui sur le pied droit étant difficilement tolérable. Depuis l'accident, la recourante était dans une situation personnelle et professionnelle difficile qui influait négativement sur sa santé psychique. Elle était actuellement suivie par un psychothérapeute. Sur le plan professionnel, elle n'était pas en mesure d'exercer sa profession de vendeuse, même à temps partiel. Elle devait éviter toute profession nécessitant une station debout ou des déplacements à pied. Dans une activité sédentaire, sa capacité de travail était de 50% au maximum. 34. Dans ses observations du 8 septembre 2015, l'intimé a maintenu ses conclusions, se référant pour le surplus à un avis du 25 août 2015 de la doctoresse P_____ du SMR. S'agissant du rapport du 31 mars 2015 du Dr N_____, l'atteinte qu'il confirmait était déjà connue et ne permettait pas d'objectiver une aggravation de l'état de santé. Quant aux éléments apportés par le Dr M_____, ils démontraient un état stationnaire depuis 1996. Les séquelles décrites étaient connues de longue date, des plaintes similaires figurant déjà dans le rapport du 4 juin 2003 du Dr H_____. Aucune aggravation de l'état de santé n'était objectivée. En ce qui concerne l'attestation du 3 juillet 2015 du Dr O_____, elle n'apportait aucun élément clinique objectif. L'intensité du tableau dépressif n'était pas indiquée. Aucune conclusion n'était prise par rapport à la capacité de travail. Les troubles psychiques évoqués apparaissaient pour la première fois au dossier dans le cadre du recours, soit

postérieurement à la décision querellée. Aucune pièce antérieure ne mentionnait un état dépressif, au contraire.!

35. À la suite de quoi la cause a été gardée 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 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. 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 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4 ème révision), du 6 octobre 2006 (5 ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1 er janvier 2004, respectivement, le 1 er janvier 2008 et le 1 er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2011, et, après le 1 er janvier 2012, 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). La 5 ème révision de la LAI n'a toutefois pas amené de changements majeurs en matière de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5 ème révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 1 LPGA).

5. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures professionnelles, en particulier à un reclassement. 6. 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). 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). 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). 7. 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).

!endif]>![if> 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 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. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un

examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) 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). 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). 8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de s'être référé aux seuls avis du SMR, ce dernier ne l'ayant d'ailleurs pas examinée. En outre, elle soutient que son état de santé s'est aggravé depuis le dépôt de sa demande de prestation et après la décision querellée, à la lumière des rapports des Drs N_____, M_____ et O_____. Pour sa part, l'intimé relève que les avis du SMR sont fondés sur une étude approfondie du dossier, en particulier sur les rapports des médecins traitants de la recourante, soit les Dr J_____, K_____ et H_____. Il en ressort que l'état de santé de la recourante est stationnaire depuis 2004 et qu'elle présente une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée. En l'occurrence, il convient de relever que les avis du SMR consistent en une synthèse des rapports des médecins figurant au dossier et que, s'ils ne reposent pas sur un examen de la recourante, ils se fondent sur les rapports de médecins ayant examiné cette dernière, de sorte que le grief de la recourante n'est pas pertinent, à la lumière de la jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références). En retenant que l'état de santé de la recourante est stable depuis 2004 et que sa capacité de

travail est de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles (alterner les positions et éviter la marche prolongée), le SMR est cohérent avec les rapports des Drs I_____, J_____ et H_____. Dans son expertise du 30 avril 2004, le Dr I_____ a retenu une incapacité de travail de 50% dans l'activité habituelle, en raison des douleurs et de la fatigue générées par le maintien de la station debout, et de 100% dans une activité permettant d'alterner les positions et d'éviter de marcher sur une période prolongée. La profession de secrétaire était compatible avec son état de santé, lequel était stable depuis 1998. Dans son rapport du 14 janvier 2013, le Dr J_____ a estimé qu'une reprise du travail était envisageable à 50% dans son activité habituelle et à 100% dans une activité permettant le maintien de la station debout. Enfin, dans son rapport du 3 avril 2013, le Dr H_____ a considéré que la recourante ne pouvait pas maintenir la station debout de manière prolongée, mais qu'elle était apte à travailler à plein temps, sans diminution de rendement dans une profession sédentaire ou lui permettant d'alterner les positions. Compte tenu de ces éléments, les conclusions du SMR sont convaincantes et ses avis doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les rapports du 13 août 2013 et 6 mai 2014 du Dr J_____ ne permettent pas de remettre en cause ces avis ou les rapports sur lesquels ils se fondent. En effet, ces deux rapports comportent des conclusions contradictoires. Ce médecin indique en effet que l'état de santé de la recourante est stable depuis de nombreuses années, tout en considérant la capacité de travail de cette dernière comme nulle depuis le 12 novembre 2012. Sur ce point, il convient de relever que le Dr J_____ n'apporte aucun élément permettant de comprendre les motifs l'ayant conduit à retenir une telle incapacité de travail, ce qui est d'autant plus surprenant que ses conclusions y relatives sont différentes de celles contenues dans son rapport du 14 janvier 2013. S'agissant du rapport du 31 mars 2015 du Dr N_____, il n'apporte aucun élément nouveau, puisque le médecin relève que l'examen conduit par ses soins confirme les atteintes déjà connues dont souffre la recourante. Quant au rapport du 13 juillet 2015 du Dr M_____, il ne contient aucun élément objectif nouveau ou ayant été ignoré par le SMR ou les Drs I_____, J_____ et H_____. S'il conclut à une incapacité totale de travail dans l'activité habituelle de vendeuse et à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, il ne fournit aucune motivation ou explication à ce sujet. Enfin, en ce qui concerne l'attestation du 3 juillet 2015 du Dr O_____, elle est extrêmement brève et ne contient ni de diagnostic précis, ni de conclusions par rapport à la capacité de travail. En tout état de cause, il apparaît que l'atteinte psychique dont souffrirait la recourante est apparue postérieurement à la décision querellée, de sorte qu'elle excède l'objet du litige. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Ainsi, si la recourante estime que son état de santé s'est péjoré après le 20 octobre 2014, il lui appartiendra de déposer une nouvelle demande de prestation et d'invoquer ladite aggravation, afin que l'intimé rende une nouvelle décision sur ce point. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a retenu que la recourante était en mesure de mettre à profit une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, dès le mois de novembre 2012. 10. a) La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité

(méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente ; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174). 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 était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (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'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). 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). En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4). Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2). b) La preuve de l'existence de circonstances qui justifieraient de s'écarter, en sa faveur ou en sa défaveur, du revenu effectivement réalisé par l'assuré est soumise à des exigences sévères, qu'il s'agisse de l'évaluation du revenu avec ou sans invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 290/04 du 28 décembre 2004 et les références). Lorsqu'un assuré réalise un revenu nettement inférieur à la moyenne en raison de facteurs étrangers à l'invalidité (par exemple : formation scolaire insuffisante, absence de formation professionnelle, manque de connaissances linguistiques, possibilités limitées de trouver un emploi en raison du statut de saisonnier) et qu'il n'existe pas d'élément permettant d'affirmer qu'il souhaite librement s'en contenter, il convient d'abord d'effectuer une mise en parallèle des deux revenus à comparer, soit en révisant à la hausse le revenu sans atteinte à la santé – par l'augmentation de celui-ci ou par le recours à des données statistiques – soit en revoyant à la baisse le revenu d'invalidé par une diminution correspondante des données statistiques (ATF 134 V 322 consid. 4.1). Le Tribunal fédéral précise que ce n'est que par la mise en parallèle des revenus qu'il est possible de garantir que des écarts salariaux imputables à des circonstances étrangères à l'invalidité soient pris en considération. Cette méthode implique de prendre en compte ou non lesdites circonstances, pourvu que cela touche de manière égale les revenus avec et sans invalidité (ATF 129 V 222 consid. 4.4). Selon l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_557/2012 du 23 juin 2013, la mise en œuvre du parallélisme des revenus suppose que le revenu (avant invalidité) effectivement réalisé par un assuré soit inférieur d'au moins 5% au salaire statistique usuel de la branche, étant précisé que le Tribunal fédéral a opté pour une détermination dudit salaire statistique au moyen de l'enquête publiée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). 11. En l'espèce, la recourante soutient que, s'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé aurait dû prendre en considération le revenu de son activité lucrative de 2006, soit CHF 69'360.-, et non un revenu statistique, lequel n'était pas suffisamment concret. L'intimé considère en revanche que le fait que la recourante ait été au chômage et en emploi de solidarité avant le dépôt de sa demande de prestations ne permet pas de prendre en compte le revenu qu'elle percevait pour déterminer son revenu sans invalidité. Il ressort du dossier que la recourante a effectivement perçu un revenu de CHF 69'360.- en 2006. Cela étant, il n'existe aucun motif permettant de considérer que ce revenu aurait été perçu sans atteinte à la santé en 2012, lors du dépôt de la demande de prestations. En effet, le revenu de 2006 apparaît comme une exception dans le parcours professionnel de la recourante, cette dernière ayant perçu des salaires inférieurs et très variables tout au long de sa carrière, y compris en 2004 et 2005, alors qu'elle travaillait pour le compte du même employeur qu'en 2006. En tout état de cause, l'écart temporel est trop important entre l'année 2006 et le dépôt de la

demande de prestations en 2012. À cette période, la recourante percevait un revenu de CHF 38'700.- dans le cadre de son emploi de solidarité auprès de la G_____. Compte tenu des périodes de chômage entre 2006 et 2012 et de la faible rémunération perçue par la recourante avant le dépôt de sa demande de prestation, l'utilisation du salaire statistique d'une femme qualifiée dans la vente (ESS 2012, tableau TA1, ligne 47, niveau 2) répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de détermination du revenu sans invalidité. Dans le cadre de sa réplique, l'intimé a procédé à une correction du calcul du degré d'invalidité, en corrigeant une erreur de plume relative à l'ESS déterminant et en appliquant la méthode du parallélisme des revenus. Ces modifications étaient pleinement justifiées et ont permis d'aboutir à un calcul du degré d'invalidité conforme aux exigences de la jurisprudence. Ils ne prêtent donc pas le flanc à la critique. D'ailleurs, hormis les griefs de la recourante au sujet du revenu sans invalidité, cette dernière n'a, à juste titre, pas contesté le nouveau calcul proposé par l'intimée. Dès lors, le revenu sans invalidité et le revenu avec invalidité de la recourante se montent respectivement à CHF 51'056.- et CHF 46'297.-, de sorte que son degré d'invalidité est de 9%. 12. a) Ce taux d'invalidité étant trop faible pour ouvrir droit à une rente, il reste à déterminer si le recourant peut prétendre à une mesure d'ordre professionnel. b) 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, 117 V 278 consid. 2b, 400 consid. 4b et 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). Selon l'art. 8 al. 1 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. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). 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). Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été

observée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_100/2008 du 4 février 2009 consid 3.2 et les références). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). On rappellera encore qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que 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), le pourcentage étant calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (RCC 1984, p. 95 et VSI 2000, p. 63). La question d'une quotité minimale reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010 et 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). c) Aux termes de l'art. 14a LAI, l'assuré qui présente depuis six mois au moins une incapacité de travail (art. 6 LPG) de 50% au moins a droit à des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (mesures de réinsertion), pour autant que celles-ci servent à créer les conditions permettant la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel (al. 1). Sont considérées comme mesures de réinsertion les mesures socioprofessionnelles (let. a) et d'occupation (let. b) qui visent la réadaptation professionnelle (al. 2). À cet égard, l'art. 4quater du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI) précise qu'ont droit aux mesures de réinsertion les assurés qui sont capables d'assumer un temps de présence quotidien d'au moins deux heures pendant au moins quatre jours par semaine (al. 1). D'autre part, ont droit aux mesures socioprofessionnelles les assurés qui ne sont pas encore aptes pour bénéficier de mesures d'ordre professionnel (al. 2), et aux mesures d'occupation les assurés qui risquent de perdre leur aptitude à la réadaptation en rapport avec les mesures d'ordre professionnel (al. 3). Sont considérées comme mesures socioprofessionnelles les mesures d'accoutumance au processus de travail, de stimulation de la motivation au travail, de stabilisation de la personnalité et de socialisation de base (art. 4quinquies al. 1 RAI). Sont considérées comme mesures d'occupation les mesures destinées à maintenir une structuration de la journée jusqu'à la mise en œuvre de mesures d'ordre professionnel ou jusqu'au début de rapports de travail sur le marché libre du travail (al. 2). d) 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, n os 2001 et 2002). Le Tribunal fédéral a rappelé que l'orientation professionnelle se démarque

des autres mesures d'ordre professionnel (art. 16 ss LAI) par le fait que, dans le cas particulier, l'assuré n'a pas encore fait le choix d'une profession. L'art. 15 LAI suppose que l'assuré soit capable en principe d'opérer un tel choix, mais que seule l'invalidité l'en empêche, parce que ses propres connaissances sur les aptitudes exigées et les possibilités disponibles ne sont pas suffisantes pour choisir une profession adaptée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_882/2008 du 29 octobre 2009 consid. 5.1 et les références). e) 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^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). f) L'art. 18 al. 1 première phrase LAI, dans sa teneur selon la nouvelle du 21 mars 2003 ([4^{ème} révision de l'AI], en vigueur du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2007), disposait que les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAI (nouvelle teneur selon la nouvelle du 6 octobre 2006 [5^{ème} révision de l'AI], 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 421/01 du 15 juillet 2002 consid. 2c, comparés aux arrêts du Tribunal fédéral I 170/06 et 9C_879/2008 des 26 février 2007 et 21 janvier 2009 et les références). 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). Tel est le cas par exemple si, en raison de sa surdité ou de son manque de mobilité, l'assuré ne peut avoir un entretien d'embauche ou est dans l'incapacité d'expliquer à un employeur potentiel ses possibilités réelles et ses limites (par ex. les activités qu'il peut encore exécuter en dépit de son atteinte visuelle), de sorte qu'il n'aura aucune chance d'obtenir l'emploi souhaité (VSI 2003 p. 274 ss consid. 2c). 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^{ème} et de la 5^{ème} 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^{er} mars 2010 consid.

5.2). g) À teneur de l'art. 18a LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2012, l'assurance peut accorder à l'assuré un placement à l'essai de 180 jours au plus afin de vérifier qu'il possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi (al. 1). Durant le placement à l'essai, l'assuré a droit à une indemnité journalière; les bénéficiaires de rente continuent de toucher leur rente (al. 2). 13. En l'occurrence, la recourante sollicite des mesures de réinsertion (art. 14a LAI), une orientation professionnelle (art. 15 LAI), un reclassement professionnel (art. 17 LAI), une aide au placement (art. 18 LAI) et un placement à l'essai (art. 18a LAI). S'agissant des mesures de réinsertion, les conditions légales de l'art. 14a LAI ne sont pas remplies, la recourante disposant d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. En ce qui concerne l'orientation professionnelle, l'invalidité de la recourante ne l'empêche pas de choisir une nouvelle profession, de sorte qu'une telle mesure s'avère inutile. Cela est d'autant plus vrai que la recourante est apte à exercer une activité sédentaire simple et répétitive, de sorte qu'elle a à sa disposition un très large éventail de choix d'activité. Enfin, il convient de rappeler que la recourante est titulaire d'un diplôme de secrétaire de direction et qu'elle a pu mettre à jour ses connaissances en informatique, de sorte qu'elle serait en mesure d'exercer une activité de secrétaire, laquelle serait adaptée à ses limitations fonctionnelles, comme l'a relevé le Dr I_____. Quant au reclassement professionnel, le degré d'invalidité de la recourante de 9% n'est pas suffisamment élevé pour justifier sa mise en œuvre. L'aide au placement implique que l'assuré soit entravé dans la recherche d'un emploi adapté en raison de son handicap. En l'espèce, l'atteinte à la santé de la recourante n'est pas de nature à constituer une telle entrave, cette dernière devant simplement orienter ses recherches d'emploi vers des activités légères et sédentaires. Par conséquent, l'aide au placement ne se justifie pas dans le cas présent. Enfin, s'agissant du placement à l'essai, force est de constater que les conditions légales de l'art. 18a LAI ne sont pas remplies. En effet, la recourante étant apte à exercer son activité habituelle à 50% et une activité adaptée à plein temps, sans diminution de rendement, vérifier qu'elle possède les capacités nécessaires pour intégrer le marché de l'emploi est totalement inutile. Par conséquent, c'est à bon droit que l'intimé a refusé à la recourante des mesures professionnelles. 14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, le recourant étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Renonce à la perception d'un émolument. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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