

GE_GERICHTE A/3764/2013 vom 9. April 2014

GE Cour de justice, 2014-04-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3764_2013

FR: GE_GERICHTE A/3764/2013 du 9 avril 2014

IT: GE_GERICHTE A/3764/2013 del 9 aprile 2014

Erwägungen

E. 5

ème Chambre En la cause Madame F _____, domiciliée à LA TOUR-DE-PEILZ, représentée par PROCAP recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE intimé EN FAIT 1.

Madame F _____, née en 1961, suisse, a effectué sa scolarité en Suisse et a obtenu une maturité fédérale et un baccalauréat, puis une demi-licence en lettres et un diplôme de gestion d'entreprise. Elle a travaillé en dernier lieu en qualité de commise administrative au bureau des immatriculations de X _____ à Genève dès le mois de février 2003.

!endif]>![if> 2. L'assurée a séjourné au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) du 13 au 15 avril 2007, séjour durant lequel elle a subi une arthroscopie gléno-humérale droite, confirmant une tendinite d'insertion du long chef du biceps et excluant une SLAP (Superior Labrum from Anterior to Posterior) lésion, et une arthroscopie sous-acromiale, mettant en exergue un conflit sous-acromial sur un bec acromial et une acromioplastie.

!endif]>![if> 3. En date du 29 avril 2008, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (OAI), sollicitant un reclassement dans un poste à temps partiel auprès de son employeur et une rente à titre complémentaire. !endif]>![if> 4. Par courrier du 28 mai 2008 adressé à la division des ressources humaines de l'Université de Genève, l'assurée a indiqué être disposée à recommencer à travailler, mais dans un autre service que le précédent, et a notamment montré son intérêt pour un poste à l'Institut Forel. !endif]>![if> 5. Par rapport du 28 mai 2008, la Doctoresse L _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, a retenu les diagnostics suivants : un bec acromial type III avec un conflit sous-acromial à droite, une tendinopathie du sus-épineux à droite, une tendinopathie d'insertion du long chef du biceps à droite, une anxiété et un stress professionnel, ainsi que des contractures persistantes de la nuque. L'incapacité de travail était totale du 13 avril 2007 au 30 juin 2008 et de 50% dès le 1^{er} juillet 2008 dans un autre environnement de travail et dans une activité nécessitant peu d'heures derrière un ordinateur (en raison du stress et de l'épaule droite) et permettant des changements de position. Les limitations fonctionnelles concernaient en substance le travail en position assise plus de 2 heures par jour, les activités en position debout plus de 10 minutes, le travail avec les bras au-dessus de la tête, en position accroupie, à genoux ou sur une échelle et les ports de charges. En outre, la capacité d'adaptation et la résistance étaient limitées. !endif]>![if> 6. Il résulte d'un rapport d'évaluation de l'OAI du 29 mai 2008, dans le cadre de l'intervention précoce, qu'il existait probablement des problèmes qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, que l'assurée avait les ressources pour trouver un poste adapté au vu de son parcours (expériences professionnelles et formations) et que les cours d'anglais ne favoriseraient pas objectivement la réinsertion de l'assurée qui avait déjà un bon niveau dans cette langue.

7. Dans un questionnaire du 24 juin 2008, le dernier employeur de l'assurée a déclaré que celle-ci avait travaillé à plein temps dès le 25 février 2003, que son revenu annuel était de CHF 90'235.- en 2007 et qu'elle était en arrêt de travail à 100% dès le 8 janvier 2007. Son revenu annuel en 2008 aurait été de CHF 87'020.-, étant précisé qu'elle aurait également droit à une gratification/prime de fidélité de CHF 1'450,35. Le poste de l'assurée requérait beaucoup de travail sur un ordinateur et donc de travail en position assise.

8. En date du 22 juillet 2008, l'assurée a démissionné de son poste chez X_____ à Genève pour le 31 octobre 2008. Elle y a joint une attestation de la Dresse L_____, indiquant que la capacité de travail était nulle dans le poste actuel, mais de 50% dans un autre poste de travail dès le 1^{er} août 2008.

9. Par rapport du 12 août 2008, le Professeur M_____, médecin-chef au service de chirurgie orthopédique et traumatologie des HUG, a retenu une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite enraidie. Les limitations étaient essentiellement physiques, au niveau de l'épaule droite de l'assurée, avec des douleurs l'empêchant de manipuler des dossiers et de travailler avec la souris. L'activité habituelle était encore exigible à 50% « pour un travail administratif », étant précisé qu'un essai de reprise avait été tenté dès le 1^{er} juillet 2008 à 50% et qu'il était possible que l'assurée pût reprendre progressivement son activité dans les mois à venir.

10. En date du 14 octobre 2008, l'assurée s'est inscrite au chômage.

11. En date du 17 octobre 2008, le Prof. M_____ a attesté que l'assurée était apte à travailler à plein temps, avec une réserve au niveau de l'utilisation de son bras droit qu'il fallait ménager en évitant des périodes de long travail, notamment sur un clavier d'ordinateur.

12. Dans un avis du 28 janvier 2009, le Docteur N_____, généraliste et médecin auprès du service médical régional AI (ci-après le SMR), a retenu, au vu du dossier, que l'assurée pouvait retravailler à 100% dans une activité ménageant son membre supérieur, mais pas dans une activité de pur secrétariat ou de saisie. Attendu qu'elle avait notamment travaillé, d'après son curriculum vitae, à la création et à l'ouverture d'une boutique de prêt-à-porter et comme déléguée commerciale et que ces activités ne l'obligeaient pas à taper sur un clavier d'ordinateur toute la journée, elles étaient compatibles avec ses limitations fonctionnelles. Dès lors, ce médecin a conclu que sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée dès le 17 octobre 2008.

13. Suite à un entretien avec l'assurée, un conseiller en réadaptation de l'OAI a déterminé, en date du 5 mai 2009, que pour viser à la fois un revenu équivalent au revenu sans invalidité et à un poste adapté, plus qualifié et nécessitant moins l'usage d'un ordinateur, une formation en marketing, en communication ou en relations publiques pourrait être envisagée.

14. En date du 18 juin 2009, le conseiller en réadaptation a retenu qu'en l'absence de mesures d'ordre professionnel, la perte de gain et le degré d'invalidité seraient de 28%. De plus, l'assurée disposait d'une formation certifiée, de sorte que le droit au reclassement était établi. Par ailleurs, au vu de sa capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, de ses limitations fonctionnelles en lien avec son épaule droite, d'une formation lui permettant de viser un poste en lien avec son expérience (horlogerie, bijouterie, etc.) et du fait que cette formation offrait de bonnes perspectives d'emploi et de gain, il convenait de prendre en charge un DAS (Diploma of Advanced Studies) en stratégie marketing, communication, e-business complété par un DAS en créations de luxe et métiers de l'art à l'Université de Genève.

15. Par communication du même jour, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge de ces deux formations, dont la durée s'étendait du 4 septembre 2009 au 30 juin 2010.

16. Suite à un avis du conseiller en réadaptation indiquant que

l'assurée avait vu réapparaître ses douleurs cervicales, l'empêchant notamment de lire et de travailler sur l'ordinateur, de sorte que le DAS en créations de luxe et métiers de l'art ne pouvait pas être terminé un juin 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée, en date du 29 juin 2010, qu'il allait prendre en charge la prolongation de la formation à l'Université de Genève du 1^{er} juin au 30 août 2010. [endif]>[if> 17. En date du 30 septembre 2010, l'assurée a obtenu son DAS en stratégie marketing, communication et e-business. [endif]>[if> 18. Par communications du 17 février 2011, l'OAI a prolongé, d'une part, le reclassement de l'assurée jusqu'au 28 février 2011 et d'autre part, lui a alloué des indemnités journalières durant son stage pratique devant se dérouler du 1^{er} mars au 30 novembre 2011. Il y est précisé qu'une présence à plein temps était exigible durant le stage et qu'après l'achèvement du reclassement, la capacité de travail serait entière. [endif]>[if> 19. En date du 1^{er} mars 2011, l'assurée a ainsi débuté son stage dans le marketing auprès de Y_____, en qualité d'« assistante en coordination et communication ». [endif]>[if> 20. Dès le 25 mars 2011, l'assurée était en incapacité de travail à 50%, conformément au certificat daté du même jour établi par le Docteur O_____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne. [endif]>[if> 21. Par courrier du 5 juin 2011, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé s'était détérioré depuis le mois de mars 2011, produisant notamment un certificat du Dr O_____ du 31 mai 2011, attestant d'une incapacité totale de travail dès cette date. Elle s'est dit étonnée du fait que son stage nécessitait un travail à 95% sur un ordinateur et ne lui permettait pas d'utiliser ses compétences nouvellement acquises lors de ses deux formations à l'Université de Genève. Qui plus est, le travail devant un ordinateur avait engendré des douleurs extrêmes à la nuque et à l'épaule droite, des maux de tête épouvantables et des nausées quotidiennes, ce qui avait nécessité la prise d'anti-inflammatoires et de cortisone, sans effet. Enfin, elle a indiqué qu'elle souffrait également d'un très mauvais retour veineux qui l'empêchait de travailler debout ou semi-assise sans mouvement. Dès lors, au vu de ses problèmes de santé, de ses récentes formations et de son activité dans le secteur administratif depuis une quinzaine d'années, elle se voyait dans l'obligation de modifier sa demande auprès de l'OAI et de solliciter une rente d'invalidité partielle. [endif]>[if> 22. Dans un rapport du 24 juin 2011, le conseiller en réadaptation professionnelle de l'OAI a relevé que suite au bilan effectué avec une responsable des ressources humaines de Y_____ – la responsable directe de l'assurée étant en arrêt de travail et sur le départ de l'entreprise – la situation, soit l'absence d'encadrement de l'assurée et l'arrêt de travail de celle-ci, ne permettait pas la poursuite du stage. Ce stage avait en outre impliqué que l'assurée remplisse une fonction d'exécutante avec beaucoup de tâches répétitives incompatibles avec son épaule et sa nuque, ce qui avait entraîné des périodes d'incapacité de travail dès mars 2011. Toutefois, Y_____ était satisfaite de l'engagement de l'assurée. [endif]>[if> 23. Par communications du 24 juin 2011, l'OAI a prolongé une nouvelle fois la prise en charge de la formation de l'assurée à l'Université de Genève jusqu'au 11 septembre 2011 et a confirmé la fin prématurée du stage chez Y_____ au 30 juin 2011. [endif]>[if> 24. Il résulte d'une note d'entretien du 21 septembre 2011 entre le conseiller en réadaptation et l'assurée, que celle-ci souhaitait suivre une formation supplémentaire en tourisme et avançait dans un projet avec l'Office du Tourisme, tout en revendiquant l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Une instruction médicale était nécessaire. [endif]>[if> 25. Par rapport du 27 septembre 2011, le Dr O_____ a posé les diagnostics de cervicobrachialgies non déficitaires et de névralgies d'Arnold des deux côtés, de conflit sous-acromial de l'épaule droite et d'une insuffisance veineuse chronique. L'incapacité de

travail était de 50% du 25 mars au 30 mai 2011, de 100% du 31 mai au 30 juin 2011 et de 50% du 1^{er} juillet au 30 septembre 2011. Un retour au travail était possible à 100% dès le 1^{er} octobre 2011 avec les limitations fonctionnelles suivantes : maximum 1 heure de travail sur l'ordinateur par jour, pas de ports de charges et pas de travail statique assis ou debout. !endif]>![if> 26. En date du 31 octobre 2011, l'Université de Genève a délivré à l'assurée un DAS en créations de luxe et métiers de l'art. !endif]>![if> 27. En date du 15 novembre 2011, la Doctoresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a attesté que l'assurée devait éviter les stations debout prolongées pour des raisons de santé. !endif]>![if> 28. Le 28 novembre 2011, le Prof. M_____ a exposé, suite à l'examen de l'assurée, ses constatations objectives et a conclu qu'elle ne pouvait pas raisonnablement travailler plus d'une heure d'affilée devant un ordinateur. Une activité adaptée devait être trouvée. !endif]>![if> 29. Par attestation du 21 décembre 2011, Madame G_____, ostéopathe, a noté que l'assurée souffrait de cervicalgies chroniques et qu'elle était régulièrement traitée en ostéopathie depuis le mois d'avril 2009 dans le cadre de ses douleurs. !endif]>![if> 30. Le Dr N_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a été mandaté par l'OAI pour effectuer une expertise. Dans son rapport du 9 janvier 2012, il a retenu le diagnostic de cervico-omalgies droites chroniques, ayant une incidence sur la capacité de travail, ainsi qu'un status après une acromioplastie de l'épaule droite le 13 avril 2007 et une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. L'examen clinique ne mettait pas en exergue d'altération de la mobilité du squelette axial (principalement de la nuque), ni arthrite, ni synovite. Il existait une discrète altération de la mobilité de l'épaule droite, ainsi que des douleurs médianes paramédianes bilatérales pluri-étagées de C3 à C7 prédominant du côté droit, s'associant à des zones insertionnelles intéressant le muscle trapèze droit, l'angulaire de l'omoplate de ce côté et les muscles rhomboïdes des deux côtés. Il n'y avait pas de syndrome irritatif des membres et les réflexes ostéotendineux étaient vifs et symétriques. Il n'y avait pas non plus d'altération de la force ou de trouble de la sensibilité. L'expert a noté que l'assurée alléguait des cervicalgies et des omalgies droites chroniques, mais que l'examen clinique était relativement rassurant et que la restriction d'amplitude de l'épaule était très modeste au status. Il a ainsi estimé que les plaintes douloureuses étaient disproportionnées par rapport aux constatations objectives, ce qui était étayé par les propos de la Dresse L_____, qui avait relevé l'existence d'une anxiété et d'un stress psychologique, lesquels avaient une répercussion sur la capacité de travail. Il a déterminé les différentes périodes d'incapacité de travail dans l'activité habituelle – soit dans une activité professionnelle administrative (secrétariat, travail de bureau) – lesquelles étaient en particulier de 50% dès le 8 janvier 2007, de 100% dès le 13 avril 2007, de 50% dès le 1^{er} juillet 2008 et de 30% depuis octobre 2008. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 90% depuis le 17 octobre 2008 au jour de l'expertise, capacité qui tenait compte de la diminution de rendement qui restait liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant l'épaule droite et la prise éventuelle de pauses supplémentaires. Cette capacité de travail de 90% dans une activité adaptée était toujours valable dès le jour de l'expertise. Les limitations étaient les suivantes : les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 2 à 3 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit et le travail sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu. En outre, le travail devait permettre l'alternance de la position assise et debout. !endif]>![if> 31. En date du 19 mai 2012, le Dr O_____ a certifié que l'assurée pouvait travailler au maximum une heure par jour devant l'ordinateur, ne pouvait pas porter de charges, conduire de véhicule de manière

prolongée, travailler de manière statique debout ou assise ni effectuer des rotations répétées de la colonne cervicale. ![/endif]>![if> 32. Le 24 juillet 2012, le conseiller en réadaptation a conclu qu'après un double DAS et un stage en entreprise, d'autres mesures professionnelles n'étaient pas indiquées, l'assurée étant suffisamment formée pour exercer une activité adaptée dans le métier dans lequel elle avait été reclassée. ![/endif]>![if> 33. En date du 24 juillet 2012, l'OAI a effectué une comparaison des revenus durant l'année 2011, de laquelle il résultait un degré d'invalidité de 5%. Le revenu d'invalidité de CHF 90'262.- a été déterminé en se basant sur l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS), tableau TA7 pour une femme, exerçant une activité d'« expertise, conseil, vente » (ligne 25) et un travail indépendant et très qualifié (niveau 2), étant précisé qu'aucun abattement n'était retenu dans la mesure où les limitations fonctionnelles avaient déjà été prises en compte dans l'estimation de la capacité de travail. Le revenu sans invalidité de CHF 95'506.- a été fixé sur la base des déclarations du dernier employeur. ![/endif]>![if> 34. Le 2 août 2012 a également été effectuée une comparaison des revenus de l'assurée durant l'année 2008, le revenu d'invalidité étant en particulier fondé sur l'ESS 2008, tableau TA1 (ligne totale, activité de niveau 4). Il en ressortait un degré d'invalidité de 40.97%. ![/endif]>![if> 35. Le 4 septembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il résultait qu'il se proposait de lui allouer une rente entière d'invalidité dès janvier 2008, une demi-rente dès juillet 2008 et un quart de rente du mois de février 2009 au mois septembre 2011. En effet, son taux d'invalidité s'élevait à 86% à l'issue du délai d'attente (janvier 2008), de sorte qu'elle avait droit à une rente entière. En juillet 2008, la précédente activité lucrative pouvait être exercée à 50%, elle avait ainsi droit depuis lors à une demi-rente. Enfin, dès octobre 2008, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée et de 90% au terme de la mesure d'ordre professionnel allouée dans une activité lucrative dans le domaine dans lequel elle avait été reclassée. Le droit à la rente était supprimé dès le 1^{er} octobre 2011, soit dès la fin du droit de l'assurée à des indemnités journalières. ![/endif]>![if> 36. En date du 28 septembre 2012, l'assurée, représentée par un conseil, a contesté ce projet de décision, sollicitant de l'OAI de compléter l'instruction du dossier, et en particulier d'évaluer quelles étaient concrètement les activités pouvant être exigées d'elle compte tenu de ses limitations fonctionnelles, et partant de revoir son degré d'invalidité. Elle a en substance invoqué que les mesures de reclassement allouées n'étaient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles, et singulièrement à la limitation du travail sur un ordinateur. En effet, les activités de marketing, communication et e-business se faisaient essentiellement sur un ordinateur. En outre, elle n'avait pas pu terminer le stage chez Y_____ pour des raisons de santé. Elle a souligné que tant le Dr O_____ que le Dr N_____ avaient retenu qu'elle devait éviter les travaux sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu, de sorte qu'il était contestable que suite au reclassement, sa capacité de travail soit entière. ![/endif]>![if> 37. Par rapport du 10 octobre 2012, le Dr O_____ a constaté que l'assurée présentait des cervico-dorsalgies chroniques augmentées à l'effort, en station assise prolongée et lorsqu'elle était focalisée sur un écran lors du travail sur un ordinateur. La formation professionnelle entreprise dans le cadre de sa reconversion professionnelle n'était pas du tout adaptée à ses atteintes cervico-dorsales et avait entraîné une augmentation de celles-ci et des névralgies d'Arnold. Il avait ainsi dû prescrire à plusieurs reprises un arrêt de travail à 100% lors de cette formation et des stages qui ont suivi, et ce pour des problèmes cervicaux aigus. Il ne pensait pas que dans un travail de bureau, l'assurée pût rester devant un ordinateur plus d'une heure par jour. L'assurée devait, d'après lui, être impérativement

reclassée dans une activité adaptée. [endif]>[if> 38. Dans un avis du 12 mars 2013, la Doctoresse Q_____, médecin auprès du SMR, a considéré que le dernier rapport du Dr O_____ ne mettait pas en exergue d'aggravation ni de fait ignoré et que les problèmes aigus, auxquels ce médecin faisait référence, étaient survenus avant l'évaluation par l'expert et étaient ainsi connus de celui-ci. Au vu des discordances entre les plaintes et les constatations objectives, il pouvait être discuté de l'opportunité de compléter l'instruction du dossier par une investigation psychiatrique, toutefois, hormis les déclarations de la Dresse L_____ en 2008, rien au dossier ne permettait de soupçonner la présence d'un trouble psychique limitant la capacité de travail. Dès lors, les éléments mis en exergue par le Dr O_____ n'étaient pas en mesure de remettre en question les conclusions de l'expertise. [endif]>[if> 39. En date du 1^{er} juin 2013, l'assurée a indiqué à l'OAI qu'elle était arrivée au terme de la perception de ses indemnités de chômage et qu'au vu de sa situation médicale et de ses limitations fonctionnelles, il lui avait été impossible de trouver un emploi adapté. Elle a ainsi sollicité des mesures d'ordre professionnel et une prise de position sur ses objections du 28 septembre 2012. [endif]>[if> 40. Par rapport complémentaire du 23 juillet 2013, un conseiller en réadaptation de l'OAI a conclu que les activités qualifiées dans le marketing-communication-conseil aux entreprises, que l'assurée pouvait exercer, étaient adaptées à ses limitations fonctionnelles. En effet, les tâches étaient polyvalentes : recherche, sondage, analyse, rédaction, discussions, conférences et présentations avec une certaine autonomie dans l'organisation du travail. Pour arriver à cette conclusion, il s'est notamment référé à plusieurs sites internet d'orientation, qui détaillaient les activités effectuées par un spécialiste en marketing et a exposé en substance que le marketing impliquait des tâches variées qui ne nécessitaient pas de façon continue et permanente l'utilisation de l'ordinateur, soit un travail de recherche, de documentation, d'analyse et des réunions. Une certaine autonomie était laissée au collaborateur qui travaillait sur des projets. Le travail dans le marketing n'était ainsi pas comparable à une activité de secrétariat ou de comptable, qui nécessitait un travail de saisie continu sans autonomie. En ce qui concernait les mesures professionnelles octroyées, le conseiller en réadaptation doutait que l'année supplémentaire nécessitée par l'assurée pour les mener à terme fût due à des problèmes de santé. En outre, le stage réalisé au sein de Y_____ n'avait pas donné satisfaction à l'assurée, non pour des problèmes de santé, mais en raison des tâches confiées, lesquelles ne relevaient pas du marketing et de la communication, mais de la manutention et du travail très répétitif, étant précisé que la situation n'avait pas pu être corrigée eu égard à des problèmes d'organisation interne à la société. Suite à l'échec de ce stage, d'autres mesures professionnelles n'étaient plus envisageables, attendu que l'exercice de l'activité habituelle à 70%, capacité de travail exigible d'après l'expert, permettait une meilleure capacité de gain que l'exercice d'une autre activité choisie par l'assurée, soit une activité dans le tourisme (formation sollicitée par l'assurée). [endif]>[if> 41. Par décision du 24 octobre 2013, l'OAI a confirmé la teneur de son projet de décision, en se fondant notamment sur le dernier rapport du service de réadaptation. [endif]>[if> 42. En date du 22 novembre 2013, l'assurée, représentée par un conseil, interjette recours contre cette décision de l'OAI, sollicitant son annulation et le renvoi du dossier à l'OAI, sous suite de dépens. Elle soutient que le Dr N_____ a clairement évoqué des problèmes de santé d'ordre psychique, nécessitant un complément d'instruction et n'a pas expliqué les raisons pour lesquelles il s'est distancié de la capacité de travail de 0 à 50% retenue par les médecins la suivant dans les activités dans lesquelles elle a été reclassée. Cette diminution de la capacité de travail a été confirmée par la fin prématurée du stage effectué chez

Y _____, s'expliquant par le fait que les activités exercées étaient autant inadaptées que l'activité antérieure. Quant à la conclusion relative à l'existence d'une capacité de travail de 90% dans des activités adaptées, telles qu'une activité de secrétariat ou de bureau sans travaux au clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu, elle a été retenue en méconnaissance totale de la nature réelle des activités considérées. Dès lors, non seulement le Dr N _____ ne se prononçait pas concrètement sur le caractère adapté ou non du reclassement, mais retenait une capacité de travail théorique dans des activités administratives sans travail à l'écran en continu, lesquelles étaient inexistantes sur le marché du travail. Il en allait de même des activités de marketing, des activités de recherche, d'analyse et de lecture s'effectuant également à l'écran, quand-bien même il ne s'agissait pas de travaux de saisie. Quant aux conférences et aux présentations, elles nécessitaient également les positions statiques prolongées, qui étaient médicalement contre-indiquées. En outre, les conclusions du Dr N _____ étaient totalement contredites tant par la fin prématurée du stage que par les indications données par les Drs O _____ et R _____. Il s'est ainsi prononcé de manière abstraite sur la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée, en méconnaissance de celles-ci. Enfin, l'intimé n'a pas été en mesure de démontrer qu'une activité adaptée était accessible à la recourante grâce aux mesures de reclassement effectuées ni qu'elle existait sur un marché du travail équilibré, étant précisé qu'une simple recherche sur google des postes de « spécialiste en marketing » suffisait pour se convaincre que le travail sur écran prédominait dans cette profession et que de telles activités étaient totalement inadaptées à son état de santé. Au vu de ces éléments, elle requiert le renvoi du dossier à l'OAI pour la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologie, médecine interne et psychiatrie), complétée par une mesure d'observation professionnelle destinée à préciser ses limitations fonctionnelles et la diminution de rendement. Le droit à de nouvelles mesures de réadaptation devra ensuite être examiné en pleine connaissance des informations recueillies durant l'observation professionnelle. Suite à l'exécution des nouvelles mesures de reclassement, une nouvelle décision portant sur le droit à la rente devra être prise. Pour le surplus, elle invoque qu'au vu de ses limitations fonctionnelles (positions statiques, travail à l'écran prolongé et ports de charges) et de celles admises par le Dr N _____, la diminution de rendement atteint probablement 50% tant dans l'activité antérieure que dans les activités dans lesquelles elle a été reclassée. L'octroi d'une rente partielle ou la capacité de travail de 70% retenue par le Dr N _____ n'excluent pas en tout état de cause le droit au reclassement, lequel est ouvert si le préjudice économique dépasse 20%. A l'appui de ses dires, la recourante transmet notamment à la chambre de céans le descriptif de plusieurs postes actuellement vacants, ainsi que deux descriptifs de formation dans le domaine du marketing. 43. L'intimé conclut, dans sa réponse du 13 janvier 2014, au rejet du recours, persistant dans les termes de sa décision. Il allègue que le service de réadaptation s'est déjà prononcé sur le fait que les activités dans le marketing-communication-conseil impliquaient des tâches polyvalentes et étaient adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante. De plus, l'expertise du Dr N _____, qui a pris en considération les avis des médecins traitants et la fin du stage auprès de Y _____, devait se voir reconnaître pleine valeur probante. Par ailleurs, le SMR s'est déjà déterminé sur l'éventuelle atteinte psychique invoquée par la recourante, relevant notamment que le dossier ne mettait pas en exergue d'éléments permettant de soupçonner la présence d'un trouble psychique ayant une influence sur la capacité de travail. 44. En date du 19 février 2014, la recourante transmet à la chambre de

céans un rapport du 4 février 2014 établi à sa demande par le Prof. M_____. Il y a retenu les diagnostics de Slap lésion et d'impingement constatés lors de l'arthroscopie du 13 avril 2007. La capacité de travail de la recourante était nulle dans l'activité habituelle de secrétariat, ainsi que dans le marketing, étant précisé qu'elle ne pouvait pas assumer de port de charges et devait éviter un travail devant un ordinateur ou un travail de bureau. Elle pourrait faire un travail de guide pour autant qu'elle puisse bouger et se mouvoir. Le Dr N_____ avait d'après lui ignoré qu'elle souffrait d'un état de laxité généralisé. Le reclassement effectué n'était pas adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante, dans la mesure où elle souffrait de douleurs chroniques. Il allait être difficile de lui trouver un reclassement. !endif]>[if> 45. Le 27 février 2014, la recourante produit une attestation établie en date du 4 février 2014 par le Dr O_____, certifiant que la recourante pouvait travailler devant l'ordinateur un maximum d'une heure en continu, devait pouvoir changer souvent de position de travail et avoir des périodes de repos et n'était pas en mesure de porter des charges de plus de 3 kg, de conduire une voiture plus d'une heure en continu et d'effectuer une rotation répétitive de la colonne cervicale!endif]>[if> 46. Par courrier du 17 mars 2014, l'OAI informe la chambre de céans que ce dernier certificat du Dr O_____ n'est pas susceptible de modifier sa position, attendu qu'il ne contient que des affirmations sans aucune argumentation médicale. !endif]>[if> 47. Sur ce, la cause a été gardée à juger.!endif]>[if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).!endif]>[if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA). !endif]>[if> 3. Le litige porte sur le droit de la recourante à de nouvelles mesures d'ordre professionnel, en particulier sur son droit à une mesure d'orientation professionnelle et à une mesure de reclassement supplémentaire, ainsi que sur son droit à une rente au-delà d'octobre 2011. !endif]>[if> 4. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). !endif]>[if> L'art. 17 al. 1 er LPGA dispose que 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 er 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 (cf. 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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 5. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 er LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). 6. 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 125 V 261 consid. 4). 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). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit

claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). 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). S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39).

7. 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). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

8. 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). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid.

5). 9. a) En l'espèce, la décision attaquée est fondée en substance sur l'expertise rhumatologique réalisée par le Dr N_____. Elle se base sur une anamnèse familiale, médicale et socioprofessionnelle détaillée de la recourante, sur l'étude de son dossier médical, et en particulier sur son dossier radiologique, ainsi que sur un examen clinique et sur les plaintes de la recourante. L'expert a également exposé clairement les diagnostics et ses constatations objectives et les conclusions sont suffisamment motivées. En effet, il a retenu des cervico-omalgies droites chroniques, ayant une incidence sur la capacité de travail, un status après une acromioplastie de l'épaule droite le 13 avril 2007 et une insuffisance veineuse chronique des membres inférieurs. Les limitations fonctionnelles retenues – travaux lourds, ports de charges au-delà de 2 à 3 kg de manière répétitive avec le membre supérieur droit, travail sur un ordinateur plus d'une heure en continu, positions statiques – étaient toutes en lien avec les diagnostics précités. On comprend également que dans la mesure où l'examen clinique était relativement rassurant – pas d'altération de la mobilité du squelette axial, ni arthrite ni synovite, discrète altération de la mobilité de l'épaule droite, pas de syndrome irritatif des membres, des réflexes ostéotendineux vifs et symétriques et pas d'altération de la force – il a estimé que les plaintes douloureuses étaient disproportionnées par rapport aux constatations objectives et que la capacité de travail était de 90% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles au jour de l'expertise. La capacité de travail tenait compte de la diminution de rendement qui était liée à la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches impliquant l'épaule droite et à la prise éventuelle de pauses supplémentaires. En outre, il a également conclu que la recourante présentait notamment une capacité de travail dans l'activité habituelle de 50% dès le 8 janvier 2007, de 0% dès le 13 avril 2007, de 50% dès le 1^{er} juillet 2008 et de 70% depuis octobre 2008, et une capacité de travail de 90% dans une activité adaptée du 17 octobre 2008 au jour de l'expertise. Ces différentes périodes d'incapacité de travail antérieures au jour de l'expertise

ont été déterminées en se fondant sur les rapports des médecins ayant suivi la recourante, et en particulier sur le rapport du 28 mai 2008 de la Dresse L _____ et sur ceux du Prof. M _____ des 12 août et 17 octobre 2008 et 28 novembre 2011. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de considérer que ce rapport satisfait tous les critères dégagés par la jurisprudence et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. Ce rapport d'expertise est tout d'abord confirmé par les déclarations du Prof. M _____, lequel a estimé, en octobre 2008, que la recourante pouvait reprendre une activité à plein temps en évitant les périodes prolongées de travail sur un ordinateur. En ce qui concerne les rapports de la Dresse L _____, lesquels mettent en exergue une capacité de travail de 50% dès juillet/août 2008 dans une activité nécessitant peu d'heures derrière un ordinateur, ils ont également été pris en considération par l'expert, comme précédemment exposé. Quant au Dr O _____, il a établi des rapports et avis sommaires et peu motivés, de sorte qu'on ne peut se fonder sur ceux-ci pour déterminer la capacité de travail de la recourante, étant précisé qu'il a retenu une entière capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dès le 1^{er} octobre 2011, ce qui rejoint dans une certaine mesure les conclusions de l'expertise. En outre, ses rapports ne mettent pas en exergue d'éléments dont l'expert n'aurait pas tenu compte et ne permettent dès lors pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise. Il n'existe ainsi pas de motifs pour s'écarter des conclusions du Dr N _____. Pour le surplus, le rapport du Prof. M _____ du 4 février 2014 produit par la recourante en cours de procédure ne saurait faire douter la chambre de céans des conclusions du rapport d'expertise, attendu qu'il entre premièrement en contradiction avec ses propres déclarations antérieures, que ce médecin n'indique pas à partir de quelle date la capacité de travail serait devenue nulle et que son rapport n'est que très peu motivé. En particulier, le fait que l'état de laxité de la recourante n'ait pas été pris en considération par le Dr N _____ n'a pas d'incidence sur la valeur probante du rapport de celui-ci, dans la mesure où le Prof. M _____ n'explicite pas en quoi cet état aurait une répercussion sur la capacité de travail. Si l'état de santé s'est effectivement détérioré depuis la décision litigieuse, comme pourrait le laisser entendre ce rapport du Prof. M _____, il appartient à la recourante de déposer une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI, en invoquant une telle détérioration. b) La recourante soutient que l'expert avait évoqué des atteintes d'ordre psychique, de sorte qu'il convenait de mettre en œuvre une instruction complémentaire à cet égard. La chambre de céans considère que si l'expert a certes estimé que la disproportion entre les plaintes et ses constatations objectives pouvaient être en lien avec l'anxiété et le stress psychologique qui ont été retenus par la Dresse L _____, il ne ressort pas du dossier, comme l'a exposé la Dresse Q _____, qu'un éventuel trouble psychique limiterait effectivement la capacité de travail de la recourante. En outre, celle-ci n'invoque pas avoir un suivi psychiatrique ou prendre par exemple des médicaments en lien avec un trouble d'ordre psychique et n'a pas produit de rapport de psychiatre ou de psychologue. Dès lors, nul n'est besoin d'ordonner une instruction complémentaire sur cette question. c) Qui plus est, la recourante estime que la capacité de travail de 90% a été retenue par l'expert en méconnaissance des activités dans lesquelles elle a été reclassées – essentiellement le marketing – et que cette capacité de travail entrerait en contradiction avec le fait qu'elle avait dû arrêter son stage chez Y _____. On rappellera, à cet égard, qu'il revient au médecin de porter un jugement sur l'état de santé et d'indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. Il n'est en revanche pas de son ressort, mais de celui du conseiller en réadaptation, de déterminer les activités professionnelles concrètes entrant en considération compte tenu des aptitudes

résiduelles ou de dire si les activités choisies par l'assuré sont concrètement réalisables. Par ailleurs, le fait que la recourante ait été en incapacité de travail de 50% dès le 25 mars 2011 et de 100% dès le 31 mai 2011, ce qui a d'ailleurs été pris en considération par l'expert (p. 11 de son rapport), car son stage avait nécessité un travail à 95% sur un ordinateur, n'entre pas en contradiction avec l'expertise. En effet, l'expert a retenu qu'il convenait d'éviter les travaux sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu. Les griefs de la recourante seront ainsi rejetés. d) Compte tenu des éléments qui précèdent, la chambre de céans estime que les conclusions du rapport d'expertise rhumatologique doivent être suivies et que la recourante présente, au degré de la vraisemblance prépondérante prévu par la jurisprudence, une capacité de travail de 50% dans toutes les activités lucratives dès le 8 janvier 2007 et de 0% dès le 13 avril 2007, puis de 50% dans l'activité habituelle dès le 1er juillet 2008 et de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles dès le 17 octobre 2008. Pour le surplus, le rapport d'expertise au dossier présentant valeur probante au sens de la jurisprudence, il n'est pas nécessaire de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire comme requis par la recourante. 10. Il convient dès lors de se déterminer sur le degré d'invalidité de la recourante en fonction de ces différentes périodes d'incapacité de travail, étant précisé que celle-ci ne conteste pas les différents calculs effectués par l'intimé. > a. En vertu de l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). La rente est allouée dès le début du mois au cours duquel le droit à la rente a pris naissance (art. 29 al. 2 LAI). En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA. Cette réglementation n'est toutefois pas applicable dans les cas où le délai d'attente a commencé à courir avant le 1er janvier 2008 (ATF non publié 9C_583/2010 du 22 septembre 2011, consid. 4.1). Dans cette hypothèse et lorsque la demande a été déposée avant le 1er juillet 2008 (cf. ATF 138 V 475 consid. 3; Lettre-circulaire n° 300 de l'OFAS du 15 juillet 2011, Droit transitoire: application des délais de péremption), en dérogation à l'art. 29 al. 1 LAI (nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2008), la rente peut alors être versée dès que l'année d'attente est achevée (ATF non publié 9C_473/2011 du 14 mai 2012, consid. 4.1). Par conséquent, le droit à la rente prend naissance à la date à laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable à condition que le requérant ait déposé sa demande dans les douze mois dès la naissance du droit. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 (art. 28 al. 2 LAI dès le 1er janvier 2008), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. De plus, en vertu de l'art. 88a du règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), si la capacité de gain d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que

l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (al. 1). b. L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Le revenu sans invalidité se détermine pour sa part en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publiés du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). 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'Enquête suisse sur la structure des salaires - 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). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de secteurs particuliers (secteur 2 [production] ou 3 [services]), voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsqu'avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public [Confédération] ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF non publié 9C_142/2009 du 20 novembre 2009 consid. 4.1, 9C_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié aux ATF 133 V 545, et les références citées). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid.

6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). Dans l'hypothèse où un assuré présente une entière capacité de travail dans toute activité lucrative ou lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, les revenus avant et après invalidité sont calculés sur la même base. Il est dès lors superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (ATFA non publiés I 43/05 du 30 juin 2006, consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003, consid. 5.2). 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).

11. a. En l'occurrence, il a précédemment été déterminé que la recourante présentait une capacité de travail de 50% dès le 8 janvier 2007 et de 0% dès le 13 avril 2007 dans toutes les activités lucratives. Ainsi, à la fin du délai d'attente, soit le 8 janvier 2008, son degré d'invalidité était de 87% $((95 \text{ jours} \times 50\%) + (270 \text{ jours} \times 100\%) / 365 \text{ jours})$. Dès lors, dans la mesure où la recourante a déposé sa demande de prestations en avril 2008, soit avant le 1^{er} juillet 2008, elle a droit à une rente entière d'invalidité, comme retenu par l'intimé, dès le 1^{er} janvier 2008.

b. Dès le 1^{er} juillet 2008, la capacité de travail de la recourante était de 50% dans l'activité habituelle, de sorte que les conditions de la révision du droit à la rente entière sont réalisées pour diminuer le droit de la recourante à une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2008, soit trois mois dès l'amélioration de son état de santé.

c. En outre, dès le 17 octobre 2008, sa capacité de travail était de 90% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. Il y a lieu de préciser qu'il convient de comparer les revenus d'une part, durant l'année 2008, puisque l'état de santé s'est amélioré à ce moment-là, et d'autre part, en 2011, dans la mesure où c'est en octobre 2011 que la recourante a officiellement terminé ses deux formations à l'Université de Genève, de sorte qu'il s'agit également d'un changement important ayant une incidence sur la capacité de gain (cf. ATF non publié 95/07 du 15 février 2008 consid. 5).

12. Il s'agit ainsi premièrement de calculer le degré d'invalidité de la recourante en 2008, soit avant la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel.

En ce qui concerne le revenu sans invalidité, l'intimé l'a fixé en se fondant sur les déclarations du dernier employeur, soit à CHF 87'020.- pour l'année 2008. Toutefois, la chambre de céans remarque que le revenu annuel de la recourante a toujours augmenté d'une proportion équivalente entre 2005 et 2007 et qu'en 2007, son revenu annuel était de CHF 90'235.-, tant d'après son compte individuel que d'après les déclarations de l'employeur, de sorte que c'est ce revenu qui sera retenu pour l'année 2007. Il doit encore être adapté à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2007 : CHF 2'454.- et en 2008 : CHF 2'499.-), de sorte que le revenu sans invalidité 2008 est de CHF 91'889,70. Quant au revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est basé sur les salaires résultant de l'ESS 2008, la recourante n'ayant pas repris d'activité lucrative. De plus, il y a lieu d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif étaient adaptées à ce moment-là aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière (ATF non publié 9C_31/2010 du 28 septembre 2010, consid. 4.3). Ainsi, d'après l'ESS 2008, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive (tableau TA1, niveau de qualification 4, ligne totale, femme, part au 13^{ème} salaire comprise) est de 4'116 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire de travail de 40 heures doit encore être adapté à l'horaire de travail en

2008, lequel est de 41.6 heures (cf. Tableau « durée normale du travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique), ainsi qu'à la capacité de travail de 90% (diminution de rendement de 10%). On obtient ainsi un revenu annuel brut de CHF 46'230,90. En outre, l'intimé n'a pas retenu d'abattement pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, attendu que ce sont précisément ces limitations fonctionnelles qui ont justifié la diminution de rendement de 10%, ce qui n'est pas contestable, les limitations fonctionnelles ne pouvant pas être prises en considération deux fois. En outre, les autres critères prévus par la jurisprudence n'étant pas réalisés, aucun abattement ne sera retenu. Le revenu d'invalidé 2008 est ainsi de CHF 46'230,90. Partant, le degré d'invalidité est de 50% $(91'889.70 - 46'230.90) \times 100 / 91'889.70$, taux ouvrant le droit à une demi-rente, laquelle devra ainsi continuer à être versée à la recourante postérieurement au 31 janvier 2009, date à partir de laquelle l'intimé a diminué la demi-rente de la recourante à un quart de rente. 13. Deuxièmement, il sied de déterminer le degré d'invalidité de la recourante en 2011, soit après la mise en œuvre des mesures d'ordre professionnel. A cet égard, la recourante conteste que les activités qu'elle peut exercer en tant que « spécialiste en marketing » soient adaptées à son état de santé, attendu que le travail sur écran y prédomine, joignant notamment à son recours des descriptions de postes. D'un point de vue médical, elle doit éviter les travaux lourds, les ports de charges au-delà de 2 à 3 kilogrammes de manière répétitive avec le membre supérieur droit, le travail sur un clavier d'ordinateur plus d'une heure en continu et l'activité professionnelle doit lui permettre d'alterner la position assise et debout. Il convient d'admettre avec l'intimé que les deux formations entreprises par la recourante dans le cadre des mesures de reclassement recouvrent plusieurs domaines très complémentaires – soit le marketing, la communication, les métiers du luxe et de l'art – et lui offrent, combinées avec sa formation initiale en gestion d'entreprise (cf. curriculum vitae du 23 septembre 2008) et ses expériences professionnelles variées dans le luxe (horlogerie et joaillerie), un éventail très large d'activités diversifiées et pouvant être adaptées à ses limitations fonctionnelles. Il sera par ailleurs rappelé que l'expert a retenu une diminution de rendement pour tenir compte de la diminution de vitesse d'exécution de certaines tâches et de pauses supplémentaires. Le fait que la recourante n'a pas pu terminer son stage au sein de Y_____ ne vient pas contredire cette conclusion, attendu que ce stage n'était pas adapté aux compétences nouvellement acquises par la recourante et que ses tâches, effectuées principalement sur ordinateur (95%), avaient été très répétitives. Qui plus est, une formation en tourisme, comme sollicitée par la recourante, ne lui permettrait pas, selon toute vraisemblance, d'améliorer sa capacité de gain, étant précisé notamment que le salaire mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité indépendante et très qualifiée dans le domaine des activités des agences de voyage est de CHF 5'873.- (tableau TA1 de l'ESS 2010, ligne 79, femme, niveau 2), soit un salaire inférieur à celui précédemment retenu par la chambre de céans dans le cadre du calcul du revenu d'invalidé 2011. Enfin, il convient de remarquer que la recourante a créé sa propre entreprise individuelle, qui s'appelle Sissi Swiss Tours, inscrite depuis le 18 novembre 2013 au registre du commerce du canton de Vaud, et qui a comme but l'organisation de visites culturelles et touristiques, les activités de guide, les conseils dans le domaine du marketing, les relations publiques et l'événementiel (cf. extrait internet du registre du commerce du canton de Vaud). Elle semble également avoir créé un partenariat avec l'Office du tourisme de Montreux-Riviera ou encore avec Illico Travel & Business Services (cf. http://www.montreuxriviera.com/en/culture_leisure/visite_guidee/sissi_tours et profil

de la recourante sur Yatedo). Ainsi, compte tenu de l'activité proposée par la recourante dans le cadre de son entreprise, elle semble elle-même admettre qu'elle est apte à exercer dans les domaines dans lesquels elle a été réadaptée. b. Quant au calcul de la perte de gain, après réadaptation, le revenu sans invalidité correspond au revenu annuel perçu par la recourante en 2007 de CHF 90'235.-, adapté à l'ISS (en 2007 : 2'454 et en 2011 : 2'604), de sorte que le revenu sans invalidité 2011 est de CHF 95'750,60. Le revenu d'invalidité a été déterminé par l'intimé sur la base du tableau TA7 de l'ESS 2010, ligne 25, « expertise-conseil-vente », niveau 2, dans la mesure où la recourante, qui n'avait pas repris d'activité lucrative, avait un diplôme de gestion d'entreprise, un DAS en stratégie marketing, communication, e-business complété par un DAS en créations de luxe et métiers de l'art, et qu'elle avait une expérience dans la gestion d'entreprise. La chambre de céans remarque qu'on peut douter que les compétences de la recourante entrent réellement dans la rubrique « expertise-conseil-vente », celle-ci ayant uniquement suivi plusieurs formations, sans pour autant être experte dans ces domaines, ce qui ne saurait intervenir qu'après plusieurs solides années d'expérience au minimum. En revanche, son activité pourrait plutôt être assimilée par exemple à la rubrique « publicité et étude de marché », sous ligne 73 du tableau TA1 de l'ESS 2010, qui fixe un salaire mensuel brut standardisé de CHF 6'695.- pour une femme exerçant une activité indépendante et très qualifiée (niveau 2). Quoi qu'il en soit, le résultat n'en est pas modifié compte tenu des considérations qui suivent. Si on adapte ce salaire hypothétique à l'horaire de travail en 2011, lequel est de 41.7 heures, et à l'ISS (2010 : 2'579 et 2011 : 2'604) et qu'on tient compte du fait que la capacité de travail était de 90%, on obtient un revenu d'invalidité 2011 de CHF 76'109,70. Il sera précisé que les explications précédentes concernant l'abattement sont applicables mutatis mutandis à ce calcul du revenu d'invalidité 2011. Le degré d'invalidité de la recourante en 2011 est ainsi de 21% $((95'750.60 - 76'109.70) \times 100 / 95'750.60)$, taux n'ouvrant pas de droit à une rente. Dès lors, les conditions de la révision du droit de la recourante à une demi-rente sont réalisées pour supprimer son droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} février 2012, soit trois mois après l'obtention en date du 31 octobre 2011 de son second DAS à l'Université de Genève (fin du reclassement). 14. Dans la mesure où, de l'avis de la chambre de céans, la recourante a été reclassée dans une activité adaptée, comme relevé ci-dessus, ses conclusions tendant à l'octroi de nouvelles mesures de reclassement doivent être rejetées. 15. Le recours est dès lors partiellement admis et la décision de l'OAI réformée, en ce sens que la recourante a droit à une rente entière du 1^{er} janvier au 30 septembre 2008 et à une demi-rente du 1^{er} octobre 2008 au 31 janvier 2012. 16. Une indemnité de CHF 1'000.- lui est accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA et 89 H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 – LPA ; RSG E 5 10). Etant donné que, depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA) et au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 200 francs. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :