

GE_GERICHTE A/3797/2024 vom 14. Juli 2025

GE Cour de justice, 2025-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3797_2024

FR: GE_GERICHTE A/3797/2024 du 14 juillet 2025

IT: GE_GERICHTE A/3797/2024 del 14 luglio 2025

Erwägungen

E. 1.1

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), 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.

E. 1.2

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. La procédure devant la chambre de céans est ainsi régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

E. 1.3

Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 LPA). Posté le 13 novembre 2024, le recours a été interjeté en temps utile. Comme il respecte également les conditions de forme prévues par l'art. 61 let. b LPGA (art. 89B LPA), il est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance-invalidité.

E. 3.1

Le 1^{er} janvier 2022, sont entrées en vigueur les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI – RS 831.201 ; RO 2021 706). En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2 et les références).

E. 3.2

En l'occurrence, au vu de la demande de prestations du 16 février 2024, il n'est pas contesté que ces dernières – dont le refus d'octroi est litigieux – ne pourraient naître qu'après le 31

décembre 2021, de sorte que les dispositions applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

E. 4.1

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, mentale ou psychique 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).

E. 4.2

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 I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5.1

Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28 a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire

reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteint le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

E. 5.2

Selon l'art. 28 a LAI, l'évaluation du taux d'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative est régie par l'art. 16 LPGA. Le Conseil fédéral fixe les revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (al. 1). Le taux d'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative, qui accomplit ses travaux habituels et dont on ne peut raisonnablement exiger qu'il entreprenne une activité lucrative est évalué, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). Aux termes de l'art. 27 bis al. 1 RAI, le taux d'invalidité des personnes qui exercent une activité lucrative à temps partiel est déterminé par l'addition des taux suivants: a. le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative ; b. le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels. Selon l'art. 27 bis al. 2 RAI, le taux d'invalidité en lien avec l'activité lucrative est déterminé : a. en extrapolant le revenu sans invalidité pour une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% ; b. en calculant le revenu avec invalidité sur la base d'une activité lucrative correspondant à un taux d'occupation de 100% et en l'adaptant selon la capacité fonctionnelle déterminante ; c. en pondérant la perte de gain exprimée en pourcentage en fonction du taux d'occupation qu'aurait l'assuré s'il n'était pas invalide. Selon l'art. 27 bis al. 3 RAI, le taux d'invalidité en lien avec les travaux habituels est calculé : a. en déterminant le pourcentage que représentent les limitations dans les travaux habituels par rapport à la situation dans laquelle l'assuré serait sans invalidité ; b. en pondérant le pourcentage déterminé à la let. a en fonction de la différence entre le taux d'occupation visé à l'al. 2, let. c, et une activité lucrative exercée à plein temps.

E. 5.3

Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité de travail correspond à la diminution – attestée médicalement – du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97). En revanche, si le dossier médical est clair, en ce sens qu'il permet d'exclure, dans le ménage, un handicap déterminant pour le droit aux prestations, on peut renoncer à effectuer une enquête économique sur le ménage (arrêt du Tribunal fédéral 9C_103/2010 du 2 septembre 2020 consid. 2.2 ; Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 4 e éd., 2022, n. 165 ad art. 28 a LAI).

E. 5.4

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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

E. 5.5

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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).

E. 5.6

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

E. 5.6.1

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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

E. 5.6.2

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

E. 5.6.3

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

E. 6.1

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 pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

E. 6.2

Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3 ; 125 V 193 consid. 2). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 ; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

E. 7

En l'espèce, la chambre de céans constate que les rapports des médecins traitants sur lesquels l'avis du 27 juin 2024 du SMR se fonde permettent de retenir que l'assurée présente un syndrome du tunnel carpien bilatéral et, à titre d'atteinte principale, une arthrose métacarpienne droite qui est la cause de limitations fonctionnelles, soit d'une

diminution de la force et de l'endurance dans les prises mono- et bimanuelles ainsi que lors de la pince pouce-index. Il convient de reconnaître valeur probante à l'avis du 27 juin 2024 du SMR faisant siennes les appréciations bien motivées et non contestées de ces médecins. Il en va de même de l'appréciation – non contestée – du 27 mars 2024 du Dr H_____, selon laquelle les atteintes n'ont pas de répercussions durablement incapacitantes dans les activités courantes de la vie domestique. En conséquence, la chambre de céans considérera qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ces atteintes n'entraînent pas d'empêchements durables dans l'accomplissement des travaux habituels de l'assurée, mais une capacité de travail nulle dans toute activité professionnelle du 26 décembre 2023 au 26 mars 2024, laquelle était à nouveau entière dès le 27 mars 2024 dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles précitées, respectivement de 50% dans l'activité habituelle de coiffeuse. Il s'ensuit que la décision litigieuse pouvait valablement se fonder sur l'avis du 27 juin 2024 du SMR et le rapport du 27 mars 2024 du Dr H_____.

E. 8

Il reste à examiner le statut de l'intéressée et, cela fait, son degré d'invalidité. Selon l'art. 24 septies RAI, le statut d'un assuré est déterminé en fonction de la situation professionnelle dans laquelle il se trouverait s'il n'était pas atteint dans sa santé (al. 1). L'assuré est réputé exercer une activité lucrative au sens de l'art. 28 a al. 1 LAI dès lors qu'en bonne santé, il exercerait une activité lucrative à un taux d'occupation de 100% ou plus (al. 2 let. a). Il ressort en l'espèce du rapport de l'employeur (dossier AI, doc. 15) que l'assurée travaillait à 80% avant la survenance de son atteinte à la santé en décembre 2023. Dans la mesure où la recourante ne conteste pas que sans cette atteinte, ce taux d'activité aurait toujours été d'actualité au moment de la décision litigieuse, l'intimé était fondé à retenir un statut mixte en fonction d'une clé de répartition de 80% pour l'activité lucrative et de 20% pour les travaux habituels.

E. 9

Conformément aux principes exposés ci-dessus (consid. 5.2), il convient à présent de fixer le degré d'invalidité pour la part professionnelle (ci-après : consid. 9.2 à 9.7) et les travaux habituels (consid. 9.8).

E. 9.1

En vertu de l'art. 28 b LAI, la quotité de la rente est fixée en pourcentage d'une rente entière (al. 1). Pour un taux d'invalidité compris entre 50 et 69%, la quotité de la rente correspond au taux d'invalidité (al. 2) ; pour un taux d'invalidité supérieur ou égal à 70%, l'assuré a droit à une rente entière (al. 3). Pour les taux d'invalidité compris entre 40 et 49%, la quotité de la rente s'échelonne de 25 à 47,5% (al. 4). La quotité de la rente est déterminée en fonction de l'incapacité de gain au moment où le droit à la rente prend naissance (art. 28 al. 1 let. c LAI). Le droit à la rente naît 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, mais pas avant le mois qui suit le 18 e anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

E. 9.2

Pour évaluer le taux d'invalidité d'un assuré exerçant une activité lucrative, le revenu qu'il 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 Conseil fédéral fixe les

revenus déterminants pour l'évaluation du taux d'invalidité ainsi que les facteurs de correction applicables (art. 16 LPGA et 28 a al. 1 LAI).

E. 9.3

L'art. 25 RAI pose les principes de la comparaison des revenus. Selon son al. 1, est réputé revenu au sens de l'art. 16 LPGA le revenu annuel présumable sur lequel les cotisations seraient perçues en vertu de la LAVS, à l'exclusion toutefois : des prestations accordées par l'employeur pour compenser des pertes de salaire par suite d'accident ou de maladie entraînant une incapacité de travail dûment prouvée (let. a) ; des indemnités de chômage, des allocations pour perte de gain au sens de la LAPG et des indemnités journalières de l'assurance-invalidité (let. b). Les revenus déterminants au sens de l'art. 16 LPGA sont établis sur la base de la même période et au regard du marché du travail suisse (art. 25 al. 2 RAI). Si les revenus déterminants sont fixés sur la base de valeurs statistiques, les valeurs médianes de l'enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après : ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) font foi. D'autres valeurs statistiques peuvent être utilisées, pour autant que le revenu en question ne soit pas représenté dans l'ESS. Les valeurs utilisées sont indépendantes de l'âge et tiennent compte du sexe (art. 25 al. 3 RAI). Les valeurs statistiques sont adaptées au temps de travail usuel au sein de l'entreprise selon la division économique ainsi qu'à l'évolution des salaires nominaux (art. 25 al. 4 RAI).

E. 9.4

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants des revenus sans et avec invalidité 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 137 V 334 consid. 3.1.1 ; 128 V 29 consid. 1 ; 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 128 V 174).

E. 9.5

Le revenu sans invalidité obéit aux principes suivants :

E. 9.5.1

Selon l'art. 26 RAI, le revenu sans invalidité (art. 16 LPGA) est déterminé en fonction du dernier revenu de l'activité lucrative effectivement réalisé avant la survenance de l'invalidité. Si le revenu réalisé au cours des dernières années précédant la survenance de l'invalidité a subi de fortes variations, il convient de se baser sur un revenu moyen équitable (al. 1). Si le revenu effectivement réalisé est inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS au sens de l'art. 25 al. 3, le revenu sans invalidité correspond à 95% de ces valeurs médianes, excepté lorsque le revenu avec invalidité au sens de l'art. 26 bis al. 1 RAI est également inférieur d'au moins 5% aux valeurs médianes usuelles dans la branche selon l'ESS ou lorsque l'assuré exerçait une activité lucrative indépendante (art. 26 al. 2 et 3 RAI). Pour déterminer le revenu hypothétique que l'assuré aurait pu réaliser sans l'atteinte à la santé (revenu sans invalidité), ce n'est pas le revenu de sa dernière activité qui est déterminant, mais le revenu qu'il aurait réalisé au degré de la vraisemblance prépondérante s'il n'était pas devenu invalide (arrêt du Tribunal fédéral 9C_887/2017 du 7 juin 2018 consid. 4.2; Madeleine RANDACHER, in KIESER/

KRADOLFER/ LENDFERS [éd.], ATSG-Kommentar, 5 e éd. 2024, n. 20 ad art. 16 LPGa). Partant de la présomption que l'assuré aurait continué d'exercer son activité sans la survenance de son invalidité, ce revenu se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en prenant en compte également l'évolution des salaires jusqu'au moment de la naissance du droit à la rente ; des exceptions ne peuvent être admises que si elles sont établies au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 103 consid. 5.3 ; 139 V 28 consid. 3.3.2 et les références ; 135 V 297 consid. 5.1 et les références ; 134 V 322 consid. 4.1 et les références).

E. 9.5.2

Si le revenu sans invalidité effectivement réalisé ne peut pas être déterminé ou ne peut pas l'être avec suffisamment de précision, il est déterminé sur la base des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI pour une personne ayant la même formation et une situation professionnelle correspondante (art. 26 al. 4 RAI).

E. 9.6

S'agissant du revenu avec invalidité, l'art. 26 bis al. 1 RAI dispose que si l'assuré réalise un revenu après la survenance de l'invalidité, le revenu avec invalidité (art. 16 LPGa) correspond à ce revenu, à condition que l'assuré exploite autant que possible sa capacité fonctionnelle résiduelle en exerçant une activité qui peut raisonnablement être exigée de lui. Si l'assuré ne réalise pas de revenu déterminant, le revenu avec invalidité est déterminé en fonction des valeurs statistiques visées à l'art. 25 al. 3 RAI (art. 26 bis al. 2 RAI). Dans ce cas, il y a lieu de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table ESS TA1_tirage_skill_level, à la ligne « total secteur privé » (ATF 124 V 321 consid. 3b/aa). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 126 V 75 consid. 3b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_58/2021 du 30 juin 2021 consid. 4.1.1), telle qu'elle ressort de la version de l'ESS publiée au moment déterminant de la décision querellée (ATF 143 V 295 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_655/2016 du 4 août 2017 consid. 6.3). 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), respectivement T17 (à partir de 2012) si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidité et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF 133 V 545 et les références citées ; arrêts du Tribunal fédéral 8C_124/2021 du 2 août 2021 consid. 4.4.1 ; 8C_111/2021 du 30 avril 2021 consid. 4.2.1 et les références).

E. 9.6.1

Depuis la 10^e édition des ESS (ESS 2012), les emplois sont classés par l'OFS par profession en fonction du type de travail qui est généralement effectué. L'accent est ainsi mis sur le type de tâches que la personne concernée est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications (niveau de ses compétences) et non plus sur les qualifications en elles-mêmes. Quatre niveaux de compétence ont été définis en fonction de neuf groupes de

profession (voir table T17 de l'ESS 2012 p. 44) et du type de travail, de la formation nécessaire à la pratique de la profession et de l'expérience professionnelle (voir table TA1 « skill level » de l'ESS 2012 ; ATF 142 V 178 consid. 2.5.3). Le niveau 1 est le plus bas et correspond aux tâches physiques et manuelles simples, tandis que le niveau 4 est le plus élevé et regroupe les professions qui exigent une capacité à résoudre des problèmes complexes et à prendre des décisions fondées sur un vaste ensemble de connaissances théoriques et factuelles dans un domaine spécialisé (on y trouve par exemple les directeurs/trices, les cadres de direction et les gérant[e]s, ainsi que les professions intellectuelles et scientifiques). Entre ces deux extrêmes figurent les professions dites intermédiaires (niveaux 3 et 2). Le niveau 3 implique des tâches pratiques complexes qui nécessitent un vaste ensemble de connaissances dans un domaine spécialisé (notamment les techniciens, les superviseurs, les courtiers ou encore le personnel infirmier). Le niveau 2 se réfère aux tâches pratiques telles que la vente, les soins, le traitement des données, les tâches administratives, l'utilisation de machines et d'appareils électroniques, les services de sécurité et la conduite de véhicules. L'application du niveau 2 se justifie uniquement si la personne assurée dispose de compétences ou de connaissances particulières. L'accent est donc mis sur le type de tâches que l'assuré est susceptible d'assumer en fonction de ses qualifications mais pas sur les qualifications en elles-mêmes. Il faut encore préciser que l'expérience professionnelle de plusieurs années dont peut se prévaloir un assuré – sans formation commerciale ni autre qualification particulière acquise pendant l'exercice de la profession – ne justifie pas à elle seule un classement supérieur au niveau de compétence 2, dès lors que dans la plupart des secteurs professionnels un diplôme ou du moins des formations et des perfectionnements (formalisés) sont exigés (cf . ATF 150 V 354 consid. 6.1). Pour les personnes assurées qui, après la survenance de l'atteinte à la santé, ne peuvent plus effectuer que des travaux légers et non exigeants sur le plan intellectuel, il convient de se baser sur le salaire mensuel brut moyen (ligne « total ») des hommes (ou des femmes) pour des activités simples et répétitives, c'est-à-dire sur le niveau de compétence 1, qui est le plus bas (arrêt du Tribunal fédéral 8C_695/2015 du 19 novembre 2015 consid. 4.2 et les références ; cité in Ulrich MEYER/ Marco REICHMUTH, op. cit. , n. 101 ad art. 28 a LAI). Le cas échéant, il y a lieu d'adapter le salaire statistique à l'évolution des salaires nominaux en appliquant soit le chiffre définitif de l'indice suisse des salaires nominaux publié au moment déterminant de la décision litigieuse, soit la plus récente estimation trimestrielle (ATF 143 V 295 consid. 4.1.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_659/2022 du 2 mai 2023 consid. 7.2)

E. 9.6.2

Selon l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2022 au 31 décembre 2023), si, du fait de l'invalidité, les capacités fonctionnelles de l'assuré au sens de l'art. 49 al. 1 bis RAI, ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins, une déduction de 10% pour le travail à temps partiel est opérée sur la valeur statistique. Dans un arrêt de principe (ATF 150 V 410), le Tribunal fédéral a considéré que le régime de déduction sur les salaires statistiques des ESS, tel que prévu de manière exhaustive à l'art. 26 bis al. 3 RAI (dans sa teneur en vigueur du 1 er janvier 2022 au 31 décembre 2023), n'est pas compatible avec le droit fédéral. Le Tribunal fédéral a relevé notamment qu'il ressortait des travaux préparatoires relatifs à la révision de la LAI (Développement continu de l'AI), que la jurisprudence actuelle en matière d'abattement devait être, pour l'essentiel, reprise et que la méthode d'évaluation du taux d'invalidité devait, en principe, rester inchangée (consid. 9.4.2). Or, en limitant la déduction à 10% dans le cas où les capacités

fonctionnelles de la personne assurée ne lui permettent de travailler qu'à un taux d'occupation de 50% ou moins (art. 26 bis al. 3 RAI), le Conseil fédéral avait choisi une autre voie (consid. 9.4.3). Par conséquent, si en raison des circonstances du cas d'espèce, le salaire statistique des ESS doit être adapté au-delà de ce que prévoit l'art. 26 bis al. 3 RAI, il y a lieu recourir, en complément, à la jurisprudence appliquée jusqu'à présent par le Tribunal fédéral (consid. 10.6). Selon cette jurisprudence, 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 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 135 V 297 consid. 5.2 ; 134 V 322 consid. 5.2 et les références). Il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération ; il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidité, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références). D'éventuelles limitations liées à la santé, déjà comprises dans l'évaluation médicale de la capacité de travail, ne doivent pas être prises en compte une seconde fois dans l'appréciation de l'abattement, conduisant sinon à une double prise en compte du même facteur (ATF 148 V 174 consid. 6.3 et les références ; 146 V 16 consid. 4.1 et ss.). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Le 1^{er} janvier 2024, la modification de l'art. 26 bis al. 3 RAI du 18 octobre 2023 (RO 2023 635) est entrée en vigueur. Selon sa nouvelle teneur, l'art. 26 bis al. 3 RAI prévoit désormais qu'une déduction de 10% est opérée sur la valeur statistique visée à l'al. 2. Si, du fait de l'invalidité, l'assuré ne peut travailler qu'avec une capacité fonctionnelle au sens de l'art. 49 al. 1 bis, de 50% ou moins, une déduction de 20% est opérée. Aucune déduction supplémentaire n'est possible.

E. 9.7

En l'espèce, l'intimé a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 6.4% en 2024 sur la base du raisonnement et des calculs suivants : pour le revenu sans invalidité, il s'est référé au revenu de CHF 54'379.50 (extrapolé de CHF 43'503.60 pour un taux de 80%) que l'assurée aurait réalisé en 2024 si elle avait continué à exercer son activité de coiffeuse auprès de son employeur. S'agissant du revenu avec invalidité, il ressortait du tableau TA1_tirage_skill_level (secteur privé), ligne « total » de l'ESS indiquait qu'en 2022, une femme pouvait réaliser un revenu de CHF 4'367.- dans une activité de niveau 1, ce qui représentait CHF 4'552.- par mois, respectivement CHF 54'624.- par année, vu la durée hebdomadaire normale du travail de 41.7 heures. En indexant ce montant à l'indice suisse nominal des salaires (ci-après : ISS) en 2023, il en résultait un revenu de CHF 55'573.-. En appliquant à ce dernier une déduction forfaitaire de 10%, le revenu brut avec invalidité se montait à CHF 50'015.-. En comparant ce dernier avec le revenu sans invalidité de CHF 54'380.- réalisable en 2024, la perte de gain s'élevait à CHF 4'365.-, ce qui représentait un taux d'invalidité de 8.03% pour une activité à 100% $[(54'380 - 50'015) \times 100 / 54'380 = 8.03\%]$, respectivement 6.40% pour une activité à 80%. En l'absence d'empêchement dans les travaux habituels, représentant une part de 20%, le degré d'invalidité total s'élevait à 6.40%.

E. 9.8

La chambre de céans considère que le calcul effectué par l'intimé – qui n'est pas contesté par la recourante – ne prête pas le flanc à la critique, notamment en tant qu'il ne se fonde pas sur une enquête économique sur le ménage mais sur les conclusions du Dr H_____ (ci-dessus : consid. 5.3 et 7) et qu'il accorde une déduction de 10% sur le revenu d'invalidité.

E. 9.8.1

On rappellera cependant que contrairement à ce qui est le cas dans le calcul de l'intimé, les revenus avec et sans invalidité doivent être comparés au même moment (ci-dessus : consid. 9.4). Dans la mesure où le revenu sans invalidité pris en compte est celui de l'année 2024, le revenu avec invalidité doit également être déterminé par rapport à cette année. En l'absence d'ISS publié pour l'année 2024 au moment de la décision litigieuse – qui aurait permis de connaître l'évolution du revenu avec invalidité depuis 2023 –, il convient, au choix, de comparer les revenus selon leur montant en 2023 ou en 2024. Si la comparaison a lieu en 2024, il faut se fonder, pour le revenu avec invalidité, sur l'estimation trimestrielle des salaires nominaux, laquelle était de 1.5% le 15 octobre 2024, soit à la date de la décision litigieuse (estimation de l'OFS pour le 3^e trimestre 2024). Dans la première hypothèse (année 2023), la comparaison des revenus avec invalidité (CHF 50'015.- ; soit CHF 55'573.- après réduction de 10%) et sans invalidité (CHF 42'931.20, correspondant à CHF 53'664.- pour un plein temps ; dossier AI, doc. 15) aboutirait à une perte de gain de CHF 3'649.- et à un taux d'invalidité de 6.8% pour une activité à 100% [$(53'664 - 50'015) \times 100 / 53'664 = 6.80\%$]. En l'absence d'empêchement dans les travaux habituels, le degré d'invalidité total s'élèverait à 5.44% (soit $80 \times 6.8 / 100 + 20 \times 0 / 100 = 5.44$, arrondi à 5% ; ATF 130 V 121 consid. 3.2). Dans la seconde hypothèse (année 2024), le revenu statistique de CHF 55'573.- en 2023 devrait d'abord être indexé de 1.5%, soit à CHF 56'407.60 avant de bénéficier de l'abattement forfaitaire de 10% le réduisant à CHF 50'767.-, ce qui correspondrait à une perte de gain de CHF 3'613.- et à un taux d'invalidité de 6.64% (pour une activité à 100%) après comparaison avec le revenu sans invalidité réalisable en 2024 [$(54'380 - 50'767) \times 100 / 54'380 = 6.64\%$]. Compte tenu de l'absence d'empêchement dans les travaux habituels, le degré d'invalidité s'élèverait à 5.31%, arrondi à 5%.

E. 9.8.2

La recourante conclut néanmoins à l'octroi d'une rente fondée sur un degré d'invalidité de 100%. Il sied de constater qu'au début du délai d'attente d'une année (art. 28 al. 1 let. b et c LAI), soit le 26 décembre 2023, la recourante présentait certes une incapacité de travail totale dans toute activité, même adaptée. Cependant, en l'absence de rapport médical attestant que cette incapacité se serait maintenue pendant au moins une année, les conditions d'octroi d'une rente entière – même limitée dans le temps – ne sont pas réalisées. Étant donné que la recourante a recouvré, au contraire, une capacité de travail pleine et entière dans une activité adaptée dès le 27 mars 2024 et qu'elle ne rencontrait pas non plus d'empêchement dans ses travaux habituels, la perte de gain et les empêchements dans la sphère ménagère qui en résultent ne révèlent qu'un degré d'invalidité de 5% (6% selon l'intimé ; soit 6.4% arrondi à 6%). En tout état, qu'il soit de 5 ou de 6%, un tel taux d'invalidité est de toute manière trop faible pour donner droit à une rente – même partielle.

E. 10

Il reste à examiner si l'assurée peut prétendre à des mesures d'ordre professionnel.

E. 10.1

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. 1 bis LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital). 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 dès lors qu'elles présupposent un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules entrent en ligne de compte, en vue de l'acquisition d'une formation professionnelle, celles qui peuvent s'articuler sur un minimum de connaissances. Il convient bien plutôt de se reporter aux circonstances du cas concret. L'assuré 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).

E. 10.2

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). Si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf . arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

E. 10.3

Selon l'art. 15 LAI, dans sa teneur en vigueur au 1^{er} janvier 2022, l'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession a droit à l'orientation professionnelle et à une mesure préparatoire à l'entrée en formation (al. 1). L'assuré auquel son invalidité rend difficile l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (al. 2). Sous la note marginale « orientation professionnelle », l'art. 4a RAI dispose qu'une orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI peut se composer : d'entretiens de conseils, d'analyses et de tests diagnostiques réalisés par des professionnels (let. a) ; de

mesures préparatoires à l'entrée en formation au sens de l'art. 15 al. 1 LAI (let. b) ; de mesures d'examen approfondi de professions possibles au sens de l'art. 15 al. 2 LAI (let. c) (al. 1). Sont considérées comme des mesures au sens de l'al. 1 let. b, les mesures proches du marché du travail se déroulant après l'école obligatoire, dans des entreprises du marché primaire du travail ou en institution et visant à déterminer les aptitudes et les envies de l'assuré en matière de formations et à initier celui-ci aux exigences du marché primaire du travail. Ces mesures sont limitées à douze mois (al. 2). Les objectifs et la durée des mesures visées aux al. 2 et 3 sont fixés individuellement en fonction des aptitudes de l'assuré. La mesure est interrompue en particulier : lorsque le but est atteint ou ne peut pas être atteint (let. a) ; lorsqu'une mesure de réadaptation plus appropriée s'impose (let. b) ; lorsque la poursuite de la mesure ne peut, pour des raisons d'ordre médical, être raisonnablement exigée (let. c) (al. 4). Avec la révision entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2022 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), les prestations possibles dans le cadre de l'orientation professionnelle au sens de l'art. 15 LAI ont été complétées par une mesure préparatoire à l'entrée en formation. Selon la Circulaire sur les mesures de réadaptation professionnelle de l'AI (ci-après : CMRPr), les mesures préparatoires durant l'orientation professionnelle n'ont pas pour objet de combler des lacunes scolaires mais visent à vérifier dans la pratique les formations possibles, à tester l'aptitude de la personne assurée, et à l'accoutumer aux exigences du marché du travail afin de faciliter son entrée en formation. À cette fin, une convention d'objectifs est passée entre la personne assurée, l'office AI et le fournisseur de prestations, destinée à fixer des objectifs à atteindre par la personne assurée tant d'un point de vue qualitatif (tester les types de formations possibles dans un environnement de travail réel, etc.) que quantitatif (capacité de présence et de rendement permettant à la personne assurée de participer à des mesures d'ordre professionnel de l'AI, ou à des offres adéquates de formation professionnelle ou de l'assurance-chômage (ch. 1009-1014 CMRPr). En outre, les différents éléments de l'orientation professionnelle ont été énumérés dans le nouvel art. 4 a RAI. Le droit à l'orientation professionnelle a pour objet une prestation en nature qui est fournie soit par l'office AI lui-même (art. 57 al. 1 let. f LAI), soit par un service spécialisé (art. 59 al. 3). L'orientation professionnelle a pour but de guider la personne assurée vers l'activité lucrative dans laquelle elle aura les plus grandes chances de succès compte tenu de ses dispositions et de ses aptitudes (RCC 1988 p. 191, 195 consid. 4a ; MEYER/ REICHMUTH, op. cit. , n. 1-2 ad art. 15 LAI). L'orientation professionnelle diffère 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, bien qu'il soit capable, en soi, d'opérer un tel choix. L'invalidité au sens de l'art. 15 LAI réside dans l'empêchement de choisir une profession ou d'exercer l'activité exercée jusqu'alors à la suite de problèmes de santé. Est à prendre en considération tout handicap physique ou psychique propre à réduire le nombre des professions et activités que l'assuré pourrait exercer, compte tenu des dispositions personnelles, des aptitudes exigées et des possibilités disponibles, ou à empêcher l'exercice de l'activité déployée jusqu'à présent (ATF 114 V 29 consid. 1a; voir également l'arrêt du Tribunal fédéral I 154/76 du 22 novembre 1976 consid. 2, in RCC 1977 p. 203). L'octroi d'une orientation professionnelle suppose que l'assuré soit entravé, même de manière faible, dans sa recherche d'un emploi adéquat à la suite de problèmes de santé (arrêt du Tribunal fédéral I 11/99 du 15 octobre 1999 consid. 6). Sont en revanche exclus les handicaps insignifiants qui n'ont pas pour effet de provoquer un empêchement sérieux et qui, par conséquent, ne justifient pas l'intervention de l'assurance-invalidité (ATF 114 V 29 consid. 1a ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_534/2010 du

10 février 2011 consid. 3.2). Dans un arrêt du 15 février 2013, le Tribunal fédéral a ainsi jugé que l'on pouvait attendre d'un assuré, présentant une capacité de travail entière (dans un environnement exempt de produits à base de résines Epoxy ainsi que de fluor et de ses composés) qu'il s'oriente seul sur le marché du travail, celui-ci offrant un éventail suffisamment large d'activités, dont seul un nombre limité et bien défini n'était pas adapté aux limitations précitées, de sorte que le droit à l'orientation professionnelle selon l'art. 15 LAI n'entraîne pas en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_236/2012 du 15 février 2013).

E. 10.4

Sous la note marginale « placement », l'art. 18 LAI dispose que l'assuré en incapacité de travail (art. 6 LPGa) et susceptible d'être réadapté a droit à un soutien pour rechercher un emploi approprié ou, s'il en a déjà un, pour le conserver (al. 1). L'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies (al. 2). L'art. 18 al. 1 LAI pose comme condition d'octroi une incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGa. Il ne s'agit pas seulement de sa première phrase, mais il est également fait référence à la deuxième : « En cas de longue durée, l'activité que l'on peut raisonnablement attendre de l'assuré dans une autre profession ou un autre domaine de tâches est également prise en compte ». En cas de pleine capacité de travail – qualitative et quantitative – dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, il n'y a pas d'incapacité de travail au regard de l'art. 6, deuxième phrase, LPGa et, par conséquent, pas de droit au placement. Même après l'entrée en vigueur de la 5^e révision de l'AI (au 1^{er} janvier 2008, RO 2007 5147), un tel droit présuppose, en cas d'exigibilité totale d'activités légères, une restriction spécifique liée à la santé. Si l'absence de réadaptation professionnelle n'est pas due à des difficultés de recherche d'emploi liées à la santé, mais à des problèmes étrangers à l'invalidité, les conditions du placement par l'assurance-invalidité ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 8C_199/2023 du 30 août 2023 consid. 6.2 et les références). Il y a invalidité spécifique au placement au sens de l'art. 18 LAI lorsque le handicap entraîne des problèmes dans la recherche d'un emploi. C'est par exemple le cas lorsque la personne assurée se trouve dans l'impossibilité de mener un entretien d'embauche en raison de son mutisme ou de son manque de mobilité, ou lorsque les possibilités et les limites particulières de la personne assurée doivent être expliquées à l'employeur potentiel (p. ex. quelles activités peuvent être effectuées malgré le handicap visuel) afin que la personne handicapée ait une chance d'obtenir le poste souhaité. Il ne suffit pas que la personne assurée ait été licenciée de son poste de travail pour des raisons de santé (arrêt du Tribunal fédéral 9C_184/2022 du 6 février 2023 consid. 2.3 et les références).

E. 10.5

Attendu qu'en l'espèce, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement (diminution de la capacité de gain de 20% environ ; ci-dessus : consid. 10.2) n'est pas atteint, la recourante ne présente pas une perte de gain suffisante pour un reclassement. Partant, l'absence d'octroi d'une telle mesure par l'OAI est conforme au droit. Il convient encore d'examiner si la recourante peut éventuellement prétendre à une mesure d'orientation professionnelle ou à un placement. À cet égard, elle indique « n'avoir plus la possibilité de [...] mettre à profit » son unique formation (CFC de coiffeuse) et que son expérience professionnelle limitée au domaine de la coiffure et à une autre activité inadaptée (femme de chambre entre 2007 et 2017) ne lui permettrait pas de se réadapter par

elle-même compte tenu de son âge et de ses limitations. Il convient de préciser à titre liminaire que lorsqu'une absence de réadaptation professionnelle n'est pas due à des difficultés de recherches d'emploi elles-mêmes liées à l'état de santé mais à des problèmes étrangers à l'invalidité (p. ex. en raison de compétences linguistiques insuffisantes), les conditions pour des mesures de réadaptation ne sont pas remplies au regard de l'art. 8 al. 1 let. a LAI (arrêt du Tribunal fédéral 8C_485/2021 du 23 décembre 2021 consid. 5.4). Dans cette mesure, le fait que la recourante invoque le caractère limité de ses qualifications (CFC de coiffure) et de son expérience professionnelle n'est pas pertinent. Il en va éventuellement autrement du moyen tiré de la difficulté de retrouver un emploi adapté à l'état de santé. À cet égard, il est établi qu'en raison des limitations fonctionnelles retenues par le SMR en lien avec l'arthrose métacarpienne à la main droite (diminution de la force et de l'endurance dans les prises mono- et bimanuelles et de la pince pouce-index) la recourante ne peut plus exercer son activité antérieure de coiffeuse qu'à 50%, mais que dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles précitées, sa capacité de travail est entière. Compte tenu des répercussions faibles voire inexistantes de telles limitations dans de très nombreuses professions, le fait que l'intimé ait attendu jusqu'au stade de la réponse au recours pour formuler des propositions d'orientation (activités simples de surveillance, de vérification et de contrôle, de même que l'utilisation et la surveillance de machines ou d'unités de production (semi-)automatiques, qui ne nécessitent pas l'utilisation des deux bras et des deux mains) apparaît néanmoins suffisant pour permettre à la recourante de s'orienter seule sur le marché du travail, quand bien même cette proposition a minima ne saurait être considérée comme une mesure d'orientation professionnelle. De manière plus générale en effet, dans la mesure où le marché équilibré du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont un nombre significatif sont, à l'évidence, adaptées aux limitations de la recourante et accessibles sans aucune formation particulière, il n'existe guère d'obstacles qui empêcheraient l'intéressée d'exercer une activité adaptée à ses problèmes de santé. Dans ces conditions, l'octroi d'une mesure d'orientation professionnelle à la charge de l'assurance-invalidité ne se justifie pas (pour un cas et une appréciation similaire : les arrêts précités 8C_485/2021 consid. 5.3 et 9C_534/2010 consid. 4.3). Quant à l'éventualité d'un placement au sens de l'art. 18 LAI, il sied de rappeler que la recourante possède une capacité de travail entière dans une activité adaptée. En outre, il ne ressort pas des pièces du dossier – pas plus qu'il n'est soutenu par la recourante sur la base de celles-ci – que les restrictions découlant de son état de santé devraient avoir des répercussions dans une telle activité. Elle se contente de mettre en exergue son absence de formation et d'expérience dans un domaine autre que la coiffure et l'hôtellerie (femme de chambre), sans qu'il soit établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que ce serait son état de santé qui l'entraverait dans ses démarches pour retrouver un emploi. Il ne ressort par ailleurs pas du dossier que la recourante aurait effectué de telles démarches depuis la survenance de son invalidité. Partant, une aide au placement doit lui être également refusée.

E. 11

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

E. 12

Un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge du recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 69 al. 1 bis LAI). ***** PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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