

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1798/2013

ATAS/993/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 octobre 2013

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame S _____, domiciliée au GRAND-LANCY

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame S _____ (ci-après l'assurée ou la recourante), suisse, est née en 1983 et mère d'un enfant né en 2006. Elle a obtenu un CFC de paysagiste/horticultrice en juin 2006 et a travaillé, entre avril 2007 et septembre 2008, auprès de trois employeurs différents dans la profession apprise et en tant que vendeuse horticole.
2. En date du 14 juin 2011, l'assurée s'est inscrite au chômage, indiquant rechercher une activité en qualité d'horticultrice, d'ouvrière jardinière, de surveillante, de vendeuse ou d'assistante de garderie d'enfants.
3. En date du 5 juillet 2011, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après l'OAI ou l'intimé), en raison de douleurs cervicales et d'une perte de la mobilité fine.
4. Par rapport du 14 juillet 2011, le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a indiqué qu'il avait rencontré l'assurée à deux reprises et qu'elle souffrait d'un syndrome cervical chronique depuis 2009 environ. Il a constaté, à l'examen, une mobilité normale de la nuque, une légère contracture douloureuse du trapèze droit, une hypermobilité articulaire périphérique symétrique et un status neurologique normal. Il n'y avait pas signe de compression du défilé thoracique. La radiographie ne montrait ni de discopathie ni de déviation dans le plan frontal ou de lordose normale sur le profil, mais une possible hypertrophie des facettes articulaires de C3. Au plan purement médical, le pronostic était entièrement favorable, eu égard à l'absence de signe objectif clinique et radiologique. Le problème principal semblait se situer dans l'inadéquation entre le morphotype plutôt longiligne et gracile de l'assurée et les efforts physiques constants de sa profession. Anamnestiquement, la capacité de travail était de 50% dans l'activité habituelle. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : se pencher, travailler avec les bras au-dessus de la tête, monter sur une échelle ou un échafaudage et porter des charges de 5 kilogrammes régulièrement et de 10 kilogrammes ponctuellement. La résistance était également limitée. Le médecin a conclu qu'il lui semblait que l'incapacité de travail n'était pas liée à une démotivation, mais résultait plutôt d'une erreur de jugement dans le choix de la profession. L'assurée était consciente, d'après lui, qu'un reclassement s'imposait.
5. En date du 8 décembre 2011, le Dr B _____, spécialiste FMH en neurologie, a retenu, suite à un unique entretien avec l'assurée en date du 10 novembre 2011, des cervicalgies existantes depuis 2002 et des lipothymies, lesquelles étaient présentes depuis la préadolescence. Il convenait, d'après lui, d'éviter un travail trop pénible ce qui permettrait de diminuer les douleurs cervicales. Les limitations fonctionnelles concernaient les activités dans différentes positions, le travail avec

les bras au-dessus de la tête et le port de charges de plus de 3 kilogrammes. Le pronostic était en principe favorable au vu de l'absence de déficit neurologique.

6. Dans un rapport du 20 décembre 2011, la Dresse C _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a posé les diagnostics d'état dépressif, d'attaques de panique et de cervicalgies graves depuis 2008, lesquelles étaient incompatibles avec un travail de force. Ces diagnostics avaient tous une incidence sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique, les symptômes étaient les suivants : une insomnie, des difficultés relationnelles, un accès périodique d'alcoolisation, mais sans alcoolisme chronique, un sentiment de tristesse, une perte de l'élan vital, un trouble alimentaire périodique et un accès périodique de fatigue intense. L'incapacité de travail durait depuis 2008 et tous les emplois depuis lors avaient été de courte durée. Une activité professionnelle impliquant une activité physique était catégoriquement inenvisageable, compte tenu des cervicalgies intenses et persistantes. Sur le plan psychologique, le symptôme rendant impossible tout travail était avant tout un désintérêt total et absolu pour les activités que l'assurée pourrait effectuer sans nouvelle formation. Dès lors, aucune activité professionnelle n'était actuellement exigible avec la seule formation actuellement acquise, en revanche, une réadaptation professionnelle avec une formation prenait tout son sens.
7. Sur requête de l'OAI, la Dresse C _____ a précisé, en date du 27 février 2012, que l'incapacité de travail de l'assurée était de 50% du 1^{er} septembre au 1^{er} octobre 2011 et du 3 octobre au 3 novembre 2011, et de 100% du 11 novembre 2011 à ce jour.
8. En date du 1^{er} juillet 2012, le Dr B _____ a indiqué qu'il n'avait pas revu l'assurée depuis le 10 novembre 2011, mais que son état de santé, et en particulier ses cervicalgies s'étaient améliorées et qu'il convenait que l'OAI s'adresse à la Dresse C _____ pour plus de précisions.
9. Le 19 octobre 2012, la Dresse C _____ a estimé que l'état de santé était stationnaire depuis son rapport du 20 décembre 2011 et qu'il n'y avait pas eu de changement dans les diagnostics ni de modification du status. La limitation fonctionnelle observée était une certaine difficulté à se conformer, surtout si les exigences semblaient incohérentes. La capacité de travail était entière dans une activité vraiment adaptée, étant précisé qu'une formation professionnelle était indiquée, surtout compte tenu de la pathologie somatique qui rendait totalement impossible tout travail manuel. La psychothérapie de soutien se déroulait au rythme d'une séance par semaine. Le pronostic sur le plan psychiatrique était excellent. Le dernier examen médical a eu lieu le 16 octobre 2012.
10. Dans un avis du 13 février 2013, la Dresse D _____, généraliste et médecin auprès du Service médical régional AI (ci-après le SMR), a en substance retenu que la capacité de travail de l'assurée était entière dans une activité adaptée aux

limitations fonctionnelles (pas de travail lourd, de ports de charges de manière répétitive et de travail manuel). Le début de l'aptitude à la réadaptation était fixé au mois de décembre 2011.

11. L'Hospice général a informé l'OAI que l'assurée effectuait une activité de réinsertion, en milieu protégé, auprès d'une association dans les domaines du secrétariat et de la comptabilité et qu'il y aurait éventuellement une possibilité d'engagement. De plus, l'assurée suivait également une formation d'écrivain public, avec une réussite du premier module.
12. Le 11 mars 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à des mesures professionnelles et à une rente d'invalidité. Le droit à une rente éventuelle n'était ouvert que dès le mois de janvier 2013, attendu que la demande datait du 5 juillet 2012. En outre, si l'activité habituelle d'horticultrice n'était plus exigible, la capacité de travail de l'assurée restait entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles depuis le mois de novembre 2011. L'OAI a comparé le revenu sans invalidité, soit le salaire que l'assurée aurait perçu en 2011 sur la base de son salaire de 2009 (38'616 fr.), au revenu d'invalidité, soit au revenu qu'elle pourrait obtenir dans une activité simple et répétitive, en tenant compte d'un abattement de 10% (47'915 fr.). Il en résultait un degré d'invalidité nul, de sorte qu'elle n'avait ni le droit à une rente ni à des mesures d'ordre professionnel.
13. Le 18 mars 2013, l'assurée a contesté ce projet de décision. Elle a tout d'abord invoqué qu'elle avait déposé sa demande de prestations en juillet 2011, de sorte qu'un éventuel droit à la rente débutait en janvier 2012 et non en janvier 2013. Par ailleurs, elle a essentiellement contesté le montant du revenu sans invalidité retenu. En effet, au vu de son contrat de travail du 31 janvier 2007, son revenu annuel en 2007 était de 60'384 francs. Dès lors, si ce revenu sans invalidité était comparé avec le revenu d'invalidité de 47'915 fr., le taux d'invalidité était de 21%, taux lui ouvrant le droit à une reconversion professionnelle. Elle sollicitait ainsi une révision de la décision.

Elle a produit, à l'appui de sa contestation, un contrat de travail avec l'entreprise X_____ du 31 janvier 2007, par lequel elle était engagée en qualité de « jardinier » dès le 1^{er} avril 2007 au salaire mensuel de 4'356 fr., complété par un 13^{ème} salaire et une indemnité journalière de 11 fr. de panier et une contribution mensuelle de 100 fr. à l'assurance-maladie.

14. D'après une note de travail de l'OAI datée du 22 avril 2013, l'assurée poursuivait son activité de réinsertion auprès de « Y_____ » dépendant de l'APAS (association pour la prévention [recte promotion] de l'art sacré). Un contrat pourrait être éventuellement signé durant le mois de mai et l'assurée pourrait toucher une

rémunération mensuelle de 500 fr. pour une activité exercée à raison de 5 heures par semaine, toutefois, cela restait à confirmer.

15. Par décision du 6 mai 2013, l'OAI a confirmé son projet de refus de rente et de mesures professionnelles. En revanche, il a procédé à une nouvelle comparaison des revenus, en tenant compte d'un revenu sans invalidité 2011 de 53'239 fr. et d'un revenu d'invalidité 2011 de 47'915 fr., étant précisé que les deux revenus étaient déterminés sur la base de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ci-après l'ESS). Le degré d'invalidité était ainsi de 10%, taux n'ouvrant ni de droit à une rente d'invalidité ni de droit à des mesures d'ordre professionnel. Sur demande écrite dûment motivée, une aide au placement pourrait éventuellement être examinée par le service de réadaptation.
16. Par courriers du 27 mai 2013 adressés à l'OAI, l'assurée a rappelé d'une part, que sa demande de prestations avait été déposée durant le mois de juillet 2011. D'autre part, elle a requis l'octroi d'une mesure d'aide au placement. Elle a notamment invoqué qu'elle ne pouvait plus exercer sa profession d'horticultrice-paysagiste et qu'elle avait pris la décision, en dehors de son activité actuelle de « gestion comptable-secrétariat » pour une association, de prendre en charge les frais d'une formation de comptabilité à l'IFAGE et qu'elle suivait des cours par correspondance d'écriture publique/administrative par le biais d'une école française, cours dont elle assumait les frais. Dans la mesure où ses difficultés financières étaient dues à une limitation fonctionnelle somatique, elle requérait de l'OAI une aide à la réadaptation, afin de lui permettre d'accélérer quelque peu ses propres démarches dans ce sens.
17. Par acte du 4 juin 2012 (recte 2013), l'assurée interjette recours contre ladite décision, concluant à une révision de son droit à une rente et/ou à une mesure d'ordre professionnel. Elle explique que ses troubles physiques et psychiques – céphalées, tensions musculaires, pertes de sensibilité et fatigues – dataient de son enfance et qu'ils l'avaient empêchée d'entreprendre et d'assumer pleinement une formation et un emploi. Lors de son premier emploi en tant qu'horticultrice en 2007, elle avait souffert de pertes de motricité, qui avaient fini par lui causer des blessures – coupures profondes avec suture, entorses diverses – et avaient remis en cause la sécurité de ses collaborateurs. Par ailleurs, elle conteste les bases du calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, attendu que ses troubles dataient de l'enfance, et soutient qu'elle était dans l'incapacité de maintenir ou d'améliorer sa capacité de gain sans l'obtention de mesures professionnelles de l'assurance-invalidité. En outre, le degré d'invalidité de 10% retenu par l'OAI ne tenait pas compte des charges temporelles de son traitement, qui lui imposait entre autres la pratique régulière d'un sport, de la prise en charge hebdomadaire par un professionnel de la santé et de ses charges familiales. Enfin, attendu qu'elle avait dû changer plusieurs fois de médecin traitant et que son handicap était dégénératif, elle requérait une réévaluation médicale, afin qu'il puisse être tenu compte de ses

capacités physiques et psychiques actuelles à maintenir et à améliorer sa capacité de gain.

18. Invité à se prononcer, l'intimé conclut, dans sa réponse du 4 juillet 2013, au rejet du recours. En effet, la situation médicale de la recourante avait été investiguée de manière exhaustive, le SMR ayant notamment considéré qu'elle était en mesure de reprendre une activité adaptée à plein temps, constat qui n'avait pas été remis en cause par les autres avis médicaux versés au dossier. L'intimé a précisé que le revenu sans invalidité avait été déterminé en se fondant sur l'ESS et que le montant de ce revenu sans invalidité de 53'239 fr. était largement à l'avantage de la recourante, laquelle n'avait jamais réalisé un revenu aussi élevé au vu de son compte individuel (ci-après CI). Quant à l'activité que la recourante était en mesure d'exercer, le marché du travail offrait un éventail suffisamment large d'activités légères qui étaient adaptées à ses limitations et accessibles sans aucune formation particulière. La recourante n'établissait pas de manière convaincante en quoi des activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues.

19. Le 4 juillet 2013, la recourante précise que le seul médecin qui la suivait encore était la Dresse C _____. Le Dr A_____ avait refusé d'effectuer une IRM et ne l'avait rencontrée qu'une seule fois. Elle n'avait plus consulté non plus le Dr B_____. Elle sollicite ainsi que le dossier soit réévalué par un médecin choisi par la Cour de céans.

20. Dans un courrier du 15 août 2013, la recourante se pose tout d'abord la question de l'adéquation du barème utilisé par l'intimé pour déterminer son revenu sans invalidité, dans la mesure où elle n'avait jamais réussi à obtenir un salaire aussi élevé que celui résultant de l'ESS, au vu de la nature dégénérative de son atteinte physique liée à un traumatisme subi dans l'enfance. Elle indique être engagée depuis juin 2012 en qualité de secrétaire et s'occuper de la gestion et de l'organisation de quelques événements culturels pour l'association APAS, laquelle avait décidé de la salarier pour une partie de ses prestations depuis le 1^{er} avril 2013 et de soutenir une future formation en comptabilité. Elle suivait également en parallèle une formation à distance d'écrivain public. De plus, le service des mesures professionnelles de l'intimé l'avait convoquée pour le 19 juillet 2013 suite à sa demande motivée du 27 mai 2013, mais ce service avait annulé son rendez-vous, compte tenu de la procédure de recours. Elle se demande dans quel domaine d'activité l'intimé la voyait travailler sans formation. A cet égard, elle relève que le domaine de la petite enfance n'était pas adapté à ses limitations fonctionnelles (positions du corps et port de charges), tout comme celui de la vente (port de charges et station debout). Une activité de ménage n'était pas non plus envisageable (port de charges et positions). Enfin, elle ne comprend pas comment avait été déterminé l'abattement de 10% retenu par l'OAI.

A l'appui de ses écritures, elle produit notamment :

- un rapport de la Dresse C _____ daté du 13 août (2013 ?), laquelle a certifié que l'assurée était en traitement chez elle depuis le 25 août 2010. Outre la symptomatologie psychiatrique, qui était nettement en régression depuis la prise en charge somatique efficace, elle se plaignait depuis des années de : perte de la sensibilité des extrémités des membres supérieurs (rendant impossible tout travail exigeant une motricité fine : couture, écriture manuelle, etc.) ; diminution de la force musculaire de la région scapulaire et des membres supérieurs (lâchage des objets involontairement) ; raptus neurologique (trous blancs noirs de quelques instants avec une perte totale de la force musculaire) suivant des mouvements brusques (mais naturels), tels qu'une rotation de la tête dans le plan sagittal, vertical ou horizontal, rendant impossible un travail sollicitant la nuque ou la station debout ; céphalées invalidantes d'origine cervicale depuis l'enfance (mises en évidence par le Dr B _____) ; troubles du sommeil dus aux douleurs chroniques. L'ensemble de cette pathologie était dû à un traumatisme subi dans l'enfance, mais jamais diagnostiqué ni pris en charge par une autorité. Il s'agissait d'une pathologie de la colonne cervicale haute. Compte tenu de ces éléments, tout travail manuel était impossible, en revanche, un travail intellectuel était possible. Eu égard à l'intelligence, à la vivacité d'esprit, à la persévérance et aux capacités d'analyse de la recourante, il était évident qu'une mesure professionnelle adaptée lui permettrait de devenir à terme autonome sur le plan financier ;
- une convocation du 1^{er} juillet 2013 de l'intimé à un entretien avec une conseillère en réadaptation en date du 19 juillet 2013 ;
- un courrier de l'intimé du 4 juillet 2013, suspendant le mandat de réadaptation et annulant la convocation précitée, en raison du recours interjeté à l'encontre de la décision du 6 mai 2013.

21. Suite à l'envoi du courrier de la recourante du 15 août 2013 à l'intimé, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; 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).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a),

entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents remontant à l'année 2011, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications apportées par la 5^{ème} révision de la LAI jusqu'au 31 décembre 2011 et dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (ATFA non publié I 249/05 du 11 juillet 2006, consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des mesures d'ordre professionnel et à une rente d'invalidité.
5. Il convient tout d'abord de se déterminer sur sa capacité de travail.

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

Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

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 (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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).

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).

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 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

8. En l'occurrence, il résulte des rapports médicaux présents au dossier que la recourante était en incapacité de travail partielle dans sa profession de paysagiste/horticultrice depuis juillet/septembre 2011 (cf. rapport du Dr A _____ du 14 juillet 2011 et courrier de la Dresse C _____ du 27 février 2012). Cependant, dès le mois de décembre 2011 en tous les cas, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. En effet, la Dresse C _____ a indiqué, dans son rapport du 19 octobre 2012, que la capacité de travail de la recourante était entière dans une activité vraiment adaptée et que l'état de santé était stationnaire depuis son dernier rapport du mois de décembre 2011, dans le cadre duquel elle a relevé qu'une réadaptation professionnelle avec une formation était envisageable. En outre, les médecins ayant examiné la recourante et le SMR s'accordent sur les limitations fonctionnelles lesquelles concernent essentiellement le travail de force, lourd ou physique, le port de charges de manière répétitive ou encore le travail manuel. La Dresse C _____, suivant la recourante pour ses atteintes psychiques, a également relevé qu'elle avait une certaine difficulté à se conformer, surtout si les exigences lui semblaient incohérentes.

Au vu de la cohérence des différents rapports au dossier, notamment des déclarations de la Dresse C _____, il sied de constater que la recourante n'est

plus en mesure d'exercer à plein temps l'activité d'horticultrice depuis juillet/septembre 2011, mais que sa capacité de travail est entière dans une activité lucrative adaptée dès le mois de décembre 2011. Il n'est donc pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire, et en particulier à une nouvelle évaluation médicale de la recourante, comme requis par celle-ci.

Enfin, en ce que la recourante estime que sa capacité de travail est diminuée en raison de la nécessité de pratiquer régulièrement du sport, de la prise en charge hebdomadaire par un professionnel de la santé et de ses charges familiales, ces éléments ne peuvent être pris en considération, s'agissant de facteurs étrangers à l'assurance-invalidité.

9. Il sied dès lors de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante.

a) En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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.

b) Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b).

Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente survenues jusqu'au moment où la décision est rendue doivent être prises en compte (ATF 129 V 222 et ATF 128 V 174).

Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATFA non publiés I 168/05 du 24 avril 2006, consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2).

Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le

cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5).

10. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en juillet 2012, dès lors que le début de l'incapacité de travail déterminante remonte aux mois de juillet/septembre 2011 et que la demande de prestations a été déposée en juillet 2011. Dès lors, il convient de se placer durant l'année 2012 pour procéder à la comparaison des revenus.

L'OAI s'est tout d'abord basé, en l'absence de données salariales concrètes, sur l'ESS 2010 pour déterminer le revenu sans invalidité de la recourante. Celle-ci conteste le point de vue de l'OAI en produisant son contrat de travail du 31 janvier 2007, par lequel elle a été engagée en qualité de « jardinier » et en soutenant qu'elle avait dû mettre un terme à cette activité en raison de ses douleurs et de ses empêchements fonctionnels. En effet, elle avait, lors de ses activités professionnelles, des pertes de motricité qui avaient fini par lui causer des blessures et mettaient en danger la sécurité de ses collègues.

Certes, comme le relève l'OAI, le CI de la recourante ne met pas en exergue un revenu aussi élevé que celui retenu dans la décision litigieuse (53'239 fr.), ou que le revenu annuel que la recourante aurait pu percevoir auprès de l'entreprise X_____ de 59'268 fr. ($[4'356 \times 13] + [11 \times 5 \text{ jours} \times 48 \text{ semaines}]$), étant précisé que les frais de repas versés par l'employeur font partie du salaire déterminant AVS (art. 25 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 – RAI (RS 831.201) et 9 du règlement sur l'assurance-vieillesse et survivants du 31 octobre 1947 – RAVS (RS 831.101)) alors que la contribution de l'employeur à l'assurance-maladie n'est pas comprise, en principe, dans le salaire déterminant AVS (art. 25 al. 1 RAI et 8 let. b RAVS). La Cour de céans est toutefois d'avis qu'il convient de se fonder sur le revenu qui aurait pu être perçu dans la profession apprise, et en particulier sur celui résultant du contrat conclu avec l'entreprise X_____. En effet, ledit contrat donne des renseignements concrets quant au salaire pouvant être perçu par la recourante dans son activité antérieure et correspond manifestement à ce qu'elle aurait été en mesure de réaliser en tant que personne valide. Partant, en se fondant sur un revenu de 59'268 fr. en 2007 et en l'adaptant à l'indice suisse des salaires nominaux (ISS ; en 2007 : 2'454 et en 2012 : 2'630), le revenu sans invalidité 2012 est de 63'518 fr. 70 ($60'468 \times 2630 / 2454$).

Pour ce qui est du revenu d'invalidité, c'est à juste titre que l'intimé s'est fondé sur les salaires résultant de l'ESS. En effet, la recourante n'a repris une activité

lucrative salariée adaptée à son état de santé que dès le 1^{er} avril 2013 et l'activité effectivement exercée, de quelques heures par semaine, ne lui permet pas de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail. Ainsi, d'après l'ESS 2010, 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 4'225 francs. Ce salaire hypothétique, calculé sur la base d'un horaire hebdomadaire de travail de 40 heures, doit encore être adapté à l'horaire de travail en 2012, lequel est de 41.7 heures (cf. tableau « durée normale de travail dans les entreprises selon la division économique » de l'Office fédéral de la statistique) et à l'ISS (2010 : 2'579 et 2012 : 2'630). Il en résulte un revenu annuel brut de 53'899 fr. 95.

De plus, l'OAI a fixé l'abattement à 10%, en raison des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère était envisageable. En l'absence de la réalisation des autres critères prévus par la jurisprudence, il convient de confirmer ce pourcentage. Il sera précisé à l'attention de la recourante que l'abattement doit être déterminé en premier lieu par l'administration et non par les médecins. En tenant compte d'un abattement de 10%, le revenu d'invalidé 2012 est de 48'509 fr. 95.

Partant, le degré d'invalidité de la recourante est de 24% $([(63'518.70 - 48'509.95) \times 100 / 63'518.70])$. Dans la mesure où elle ne présente ainsi pas un degré d'invalidité de 40% au moins à la fin du délai de carence d'une année, qui arrive à échéance en juillet 2012 au plus tôt, elle n'a pas de droit à une rente d'invalidité.

11. En revanche, il convient de se prononcer sur son droit à une mesure de d'ordre professionnel.

a) Selon l'art. 8 al. 1^{er} LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGa) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1bis LAI en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance

(ATFA non publié I 388/06 du 25 avril 2007, consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références). Selon la jurisprudence constante, le droit à des mesures de reclassement (et à d'autres mesures de réadaptation professionnelle) à cause d'invalidité ne peut être refusé en raison du manque de faculté subjective de reclassement que dans la mesure où la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA a été observée (ATF non publié 9C_100/2008 du 4 février 2009, consid 3.2 et les références).

Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 108 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1).

Contrairement au droit à une rente, la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références), mais elle n'a jamais fait mention d'une telle condition s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009).

b) Selon l'art.17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). 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 (ATF non publié 9C_644/2008 du 12 décembre 2008, consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

12. En l'occurrence, la recourante est titulaire d'un CFC et présente un degré d'invalidité de 24%, ce qui ouvre en principe le droit aux mesures de reclassement dans une autre profession.

Il appert par ailleurs que la recourante a manifesté son intérêt à pouvoir bénéficier d'une aide à la réadaptation. En effet, elle suit déjà une formation à distance d'écriture publique ou administrative et souhaite également, en lien avec son activité professionnelle dans les domaines du secrétariat et de la comptabilité, entreprendre une formation de comptabilité auprès de l'IFAGE. Elle paraît ainsi très motivée à se reconvertir d'un point de vue professionnel, ayant pris d'ores et déjà d'elle-même des mesures en ce sens.

A cela s'ajoute que la recourante est jeune (30 ans), de sorte qu'elle a encore toute sa vie professionnelle devant elle.

Partant, il convient d'admettre que les conditions légales pour l'octroi d'une mesure de reclassement dans une autre profession sont remplies.

13. En conséquence, le recours est partiellement admis et la décision querellée réformée dans le sens que la recourante a droit à une mesure de reclassement professionnel.
14. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI par devant la Cour de céans étant soumise à des frais de justice, un émolument de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI et 89H al. 4 LPA).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement
3. Réforme la décision dont est recours dans le sens qu'une mesure de reclassement professionnel est octroyée à la recourante.
4. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'OAI.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Maya CRAMER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le