

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2656/2017

ATAS/825/2019

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 septembre 2019

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VERNIER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Christine LUZZATTO et Christine WEBER-FUX, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) est née le _____ 1978 au Bangladesh, au bénéfice d'un permis C, mariée et mère de deux enfants. Elle a travaillé à 90% comme femme de chambre pour B _____ à Meyrin (ci-après l'employeur) dès le 1^{er} juillet 2008.
2. La doctoresse C _____, généraliste FMH, a certifié, le 12 juin 2014, que l'assurée était totalement incapable de travailler dès cette date pour maladie.
3. L'employeur a annoncé cette maladie le 30 juin 2014 à Swica assurance-maladie SA (ci-après Swica), précisant que l'arrêt de travail avait commencé le 12 juin 2014 et que l'assurée avait été en arrêt maternité jusqu'au 18 juin 2014.
4. Selon une note établie par Swica à la suite d'une visite à l'assurée à son domicile le 8 août 2014, celle-ci souffrait d'une inflammation du pied droit et ne pouvait que difficilement se déplacer. Depuis juin 2013, elle ressentait des douleurs dans le talon du pied droit. Elle n'avait pas consulté immédiatement, pensant que la douleur pouvait disparaître. Dans son travail de femme de chambre d'un hôtel, elle devait se déplacer à longueur de journée. En juin 2014, les douleurs étaient devenues de plus en plus virulentes. Elle avait consulté un médecin le 18 juin 2014 et avait été en incapacité de travail dès cette date à 100%.
5. L'assurée a demandé des prestations d'assurance-invalidité, le 8 août 2014, indiquant être en incapacité de travail à 100% depuis le 18 juin 2014, en raison d'une inflammation dans un os du talon.
6. Il ressort de son curriculum vitae que l'assurée a travaillé à Genève, de 2006 à 2010, comme employée d'entretien pour D _____ SA, puis de 2007 à 2008, pour E _____ et, dès 2007, comme employée d'entretien pour l'hôtel F _____ à Genève. Au Bangladesh, elle avait travaillé de 1993 à 1996 comme caissière responsable dans un restaurant. Dans ce poste, elle avait dirigé une équipe, reçu les clients, géré les stocks et proposé des commandes de réapprovisionnement, notamment. De 1997 à 2004, elle avait été responsable du service internet d'un cybercafé et avait géré une équipe de dix collaborateurs; elle accueillait et informait les utilisateurs et leur donnait des cours d'introduction à l'informatique et à internet; elle s'occupait également du marketing et des publications. Elle avait obtenu au Bangladesh un bachelor en économie en 2001 et avait suivi des cours de français à Genève en 2006 et 2007. En français, elle avait un niveau intermédiaire à l'écrit et élémentaire à l'oral. Elle avait une parfaite maîtrise des outils MS Office, photoshop et un excellent niveau en dactylographie.
7. Dans un rapport du 9 octobre 2014, la Dresse C _____ a indiqué que l'assurée était en incapacité de travail à 100% dès le 15 juillet 2013. Elle souffrait depuis le 12 septembre 2014 d'une aponévrosite avec rupture partielle et, depuis 2013, de talalgies gauches. Le traitement avait été interrompu pendant sa grossesse. Depuis l'accouchement en février 2014, elle présentait une recrudescence des talalgies, malgré la reprise d'un traitement et une infiltration. Actuellement, ses douleurs

étaient très importantes, prédominant à la charge et l'obligeant à marcher avec une boiterie. L'activité de femme de chambre n'était plus possible pour l'assurée, car elle ne pouvait pas poser le pied par terre. On ne pouvait pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou à une amélioration de la capacité de travail.

8. Il ressort d'un rapport d'évaluation, établi le 17 octobre 2014 par l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) suite à un entretien avec l'assurée du 17 octobre 2014, que celle-ci souhaitait retrouver l'usage de son pied et pouvoir reprendre son travail dès que possible, mais qu'elle était un peu désespérée, car ses nombreux traitements n'avaient pas eu d'effet positif à ce jour. Elle donnait l'impression d'être un peu fragilisée et de souffrir beaucoup. Sa situation personnelle était difficile. Son mari était gravement malade et ils avaient deux filles en bas âge. L'assurée était très isolée, à part sa famille proche. Son cahier des charges dans son dernier emploi était le nettoyage de chambres d'hôtel.
9. À teneur d'un rapport de clôture du 17 février 2015, le mandat d'intervention précoce était fermé le jour même, en raison de l'impossibilité de mettre en place des mesures, étant donné la situation médicale de l'assurée. L'instruction se poursuivait.
10. Le 23 avril 2015, l'assurée a informé l'OAI que son contrat de travail avait été résilié au 31 mai 2015 et qu'elle allait être opérée aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG) le 27 août 2015.
11. Dans un rapport médical du 9 novembre 2015, la Dresse C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire et qu'un examen médical complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de son atteinte à la santé sur sa capacité de travail.
12. Dans un rapport établi en décembre 2015, le docteur G_____, du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que l'évolution était bonne et que l'assurée était incapable de travailler à 100% du 27 août 2015 au 31 janvier 2016. Du point de vue médical, l'activité exercée était encore exigible, mais pas pour l'instant. Il faudrait réévaluer la situation à la prochaine consultation. Une activité adaptée au handicap serait possible, selon l'évolution, à 100%, dès le 1^{er} février 2016, mais à réévaluer. Les limitations fonctionnelles étaient une difficulté à se déplacer depuis le 25 novembre 2015. L'assurée devait faire des activités uniquement en position assise.
13. Dans un rapport du 17 mai 2016, la Dresse C_____ a indiqué que les douleurs aux pieds de sa patiente avaient augmenté depuis un mois, ce qui entraînait des limitations fonctionnelles; elle ne pouvait pas marcher plus de 15 minutes. Il n'y avait pas de troubles psychiques nécessitant une prise en charge psychiatrique.
14. À teneur d'un extrait du compte individuel de l'assurée du 7 juin 2016, celle-ci a gagné CHF 28'140.- en 2010, CHF 42'465.- en 2011, CHF 44'330.- en 2012, CHF 23'445.- et CHF 630.- en 2013, et CHF 14'613.- en 2014.

15. Dans un rapport établi le 10 août 2016, le docteur H_____, chef de clinique du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a indiqué que le diagnostic était un syndrome de Baxter droit et une fasciite plantaire. Une intervention avait été effectuée le 27 août 2015 avec la libération du nerf Baxter et une fasciotomie. L'évolution était favorable, mais avec des douleurs résiduelles invalidantes. Les douleurs étaient réduites par la physiothérapie et la talonnette-gel. L'assurée avait été en arrêt de travail à 100% jusqu'au 30 juin 2016.
16. Dans un avis médical établi le 27 janvier 2017, le docteur I_____ et la doctoresse J_____, médecins du service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), ont indiqué qu'il s'agissait d'une première demande de prestations de l'assurée, qui était en incapacité de travail dès le 15 juillet 2013. Au vu des rapports médicaux au dossier, elle présentait des douleurs incapacitantes des deux pieds en rapport avec une aponévrite avec syndrome canalaire, non améliorée par le geste chirurgical à droite. La capacité de travail de l'assurée dans l'activité habituelle était définitivement nulle, car la profession de femme de chambre impliquait l'obligation de pouvoir maintenir une station debout et des déplacements de plusieurs heures. Une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles était exigible à 100% depuis toujours. Les limitations fonctionnelles étaient : pas de déplacement ni de station debout supérieurs à 15 minutes, pas de montée ni de descente d'escaliers, pas de port de plus de 5 kg.
17. Par projet de décision du 23 mars 2017, l'OAI a informé l'assurée que sa demande de prestations d'invalidité était rejetée. À l'issue de l'instruction médicale, le SMR estimait que sa capacité de travail était de 100% dans une activité adaptée à son état dès le 15 juillet 2013. Son invalidité dans la sphère professionnelle se calculait de la manière suivante :
- revenu sans invalidité : CHF 49'940.-
 - revenu avec invalidité : CHF 59'808.-
 - perte de gain : CHF 0.-
- Son degré d'invalidité était ainsi de 0%. Un taux inférieur à 20% n'ouvrait pas le droit à des mesures professionnelles et un taux inférieur à 40% n'ouvrait pas de droit à une rente d'invalidité.
18. À teneur d'une note sur la détermination du degré d'invalidité, l'OAI a fixé le revenu avec invalidité selon l'ESS 2014, tableau TA1, pour un homme (CHF 5'312.-), en tenant compte de la durée normale hebdomadaire de travail (41,7 heures), soit un salaire annuel de CHF 66'453.- en 2014, avec un abattement de 10%. L'OAI a fixé le revenu sans invalidité en se référant au dernier salaire significatif selon le compte individuel de l'assurée, soit celui qu'elle touchait en 2012 à 90%, ce qui correspondait à un salaire de CHF 49'220.- à 100% et de CHF 49'940.- indexé à 2014.
19. Le 28 avril 2017, l'assurée a formé opposition au projet de décision de l'OAI, faisant valoir que depuis trois ans, elle devait faire face à un problème de santé pour

lequel elle avait suivi scrupuleusement les traitements et propositions des médecins, dont une intervention chirurgicale en août 2015. Malgré la rééducation et les séances de physiothérapie, elle continuait à souffrir de douleurs invalidantes qui restreignaient de manière importante ses activités au quotidien. Elle ne pouvait pas rester plus d'une demi-heure debout sans provoquer des douleurs et le gonflement de ses deux pieds, ce qui l'obligeait soit à s'asseoir soit à s'allonger. Lorsqu'elle était assise, très vite, elle souffrait des mêmes problèmes que debout. À la marche, elle ressentait, au bout de quelques dizaines de mètres, des douleurs importantes des deux pieds l'obligeant à changer de position avec la sensation d'une bulle dans les talons, même avec des chaussures adaptées. Les séances de physiothérapie lui avaient apporté une légère amélioration transitoire, mais depuis quelques mois, elles ne la soulageaient plus du tout, à tel point qu'une intervention chirurgicale était à nouveau envisagée. Cette lutte sans cesse contre la douleur, qui la restreignait dans tous ses gestes au quotidien, l'épuisait alors qu'elle avait mis beaucoup d'espoir dans son intervention chirurgicale. Elle souhaitait reprendre un travail, surtout dans ses conditions familiales actuelles, avec son mari qui était très malade. Malheureusement, à ce jour, elle ne pouvait ni envisager retrouver son travail de femme de chambre, ni penser à une activité nouvelle, en raison de ses problèmes de santé. Elle gardait l'espoir qu'une seconde intervention lui apporterait du soulagement et de la mobilité lui permettant de retrouver une activité professionnelle.

À l'appui de son opposition, l'assurée a transmis à l'OAI :

- un certificat médical établi le 11 avril 2017 par la Dresse C_____ indiquant que l'assurée présentait des douleurs très importantes et qu'elle ne pouvait pas rester plus d'une demi-heure debout. Elle était suivie par la consultation d'orthopédie des HUG et une nouvelle intervention était envisagée. Elle avait développé un état anxio-dépressif lié à ses douleurs chroniques et à la maladie de son mari (myélome depuis 2013). Dans ces conditions, l'assurée n'avait pas la capacité de travailler comme femme de chambre, ni dans une activité adaptée. Son état de santé s'était aggravé ces derniers mois avec la non-disparition de ses douleurs plantaires et l'apparition d'un état anxio-dépressif lié à un épuisement général ;
- un courrier de la Ligue genevoise contre le cancer du 28 avril 2017 attestant que l'époux de l'assurée ne pouvait absolument pas la soutenir dans les tâches de la vie quotidienne, car il était atteint dans sa santé avec des traitements invasifs réguliers aux effets secondaires très invalidants ;
- un certificat médical établi le 22 février 2017 par le docteur K_____, médecin interne du département de chirurgie des HUG, attestant d'une capacité de travail nulle de l'assurée du 1^{er} janvier au 30 avril 2017.

20. Par décision du 17 mai 2017, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée, relevant que les documents qu'elle avait produits à l'appui de son opposition à son

projet de décision n'apportaient pas d'éléments nouveaux justifiant une décision différente.

21. Le 19 juin 2017, l'assurée a formé recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre la décision précitée. Elle faisait valoir que ses médecins estimaient qu'elle devrait au moins pouvoir bénéficier de mesures de reclassement professionnel, vu ses problèmes de santé au niveau des deux pieds et des deux talons. Elle transmettait en annexe de son recours, notamment :

- le rapport établi le 11 avril 2017 par la Dresse C_____, déjà produit à l'appui de son opposition ;
- et un rapport établi le 10 mai 2017 par les docteurs L_____, chef de clinique, et G_____ indiquant que l'activité professionnelle de femme de chambre n'était plus exigible et ne le serait plus jamais. L'assurée présentait actuellement un problème socioprofessionnel, puisque l'assurance invalidité reconnaissait son incapacité de travail à 100% en tant que femme de chambre, mais ne semblait pas retenir de droit à une rente, ni à une reconversion professionnelle. Ils soutenaient la volonté de l'assurée de pouvoir bénéficier d'une reconversion professionnelle, puisqu'elle était motivée à reprendre une activité dans des conditions satisfaisantes, compte tenu de sa pathologie. Concernant la prise en charge de ses talalgies bilatérales, ils proposaient la poursuite d'un chaussage confortable, des séances de physiothérapie, qui apportaient un réel bénéfice, et l'introduction d'un traitement à l'essai de Lyrica. Ils avaient prescrit un bilan échographique des nerfs de Baxter des deux côtés afin de voir s'il persistait une compression qui pourrait motiver un nouveau geste chirurgical. Ils reverraient l'assurée à la lumière de cet examen.

22. Par réponse du 14 juillet 2017, l'OAI a conclu au rejet du recours. Le taux d'invalidité de la recourante était de 0%, ce qui ne lui ouvrait pas le droit à des mesures de reclassement. Au surplus, compte tenu de la possibilité pour elle d'exercer sans restriction une activité en position assise (pas de déplacements, ni de station debout supérieurs à 15 minutes, pas de montée ni descente d'escaliers, pas de port de charges supérieur à 5 kg) – soit un bon nombre d'activités de surveillance, de contrôle et dans l'industrie légère, notamment, principalement à l'établi –, les ESS TA1, tous secteurs confondus pour une activité avec des tâches physiques ou manuelles simples de niveau 1, pouvaient être retenues. Cette valeur statistique s'appliquait en principe à tous les assurés qui ne pouvaient plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle était physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservaient néanmoins une capacité de travail importante dans les travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique était suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides, dès lors qu'il recouvrait un large éventail d'activités variées et non qualifiées n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec les limitations fonctionnelles présentées. La recourante n'établissait pas en quoi des

activités simples ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. C'était ainsi à juste titre que l'OAI lui avait refusé le droit à des mesures professionnelles.

L'intimé a produit un avis du SMR du 30 juin 2017, qui relevait que le médecin traitant n'avait fourni aucun élément permettant de retenir une atteinte psychiatrique ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante. Dès lors, les conclusions du SMR du 27 janvier 2017 restaient d'actualité.

La recourante n'avait aucun suivi psychiatrique et le diagnostic d'état anxio-dépressif n'avait pas été posé. De plus, il ressortait du rapport des HUG du 10 mai 2017 qu'elle présentait actuellement un problème socioprofessionnel.

Les troubles en réaction à une décision négative de l'assurance-invalidité pouvaient être traités médicalement de manière adéquate. Il ne pouvait en découler de handicaps psychiques invalidants. Dans le cas contraire, la notion juridique de l'invalidité n'aurait plus aucun sens (arrêt du Tribunal fédéral 9C_799/2012 du 16 mai 2013). Par ailleurs, le Tribunal fédéral avait retenu que l'assuré menacé d'une suppression de rente et qui, dans ce cadre, alléguait une mise en danger de son existence en présentant par exemple une grande nervosité, un abattement patent, un désespoir profond, un désir de mort passif, une dépression de degré moyen, notamment, ne présentait pas des symptômes pertinents en droit de l'assurance-invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_953/2012 du 5 avril 2013 consid. 3.1). Les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figuraient pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI.

23. Le 25 août 2017, la recourante a demandé un délai pour répliquer, n'étant pas encore en possession de tous les avis médicaux nécessaires.
24. Le 23 novembre 2017, la recourante a informé la chambre de céans ne pas avoir pu se présenter à son rendez-vous avec le Dr G_____ du 27 septembre précédent, en raison de la dégradation de l'état de santé de son époux au mois d'août. Il était hospitalisé et elle devait souvent se rendre aux HUG pour le soutenir, car il allait très mal. Elle avait pris un nouveau rendez-vous le 1^{er} décembre 2017 pour examiner les dégradations récentes de son état de santé. Elle ferait parvenir un rapport médical à la chambre de céans ainsi qu'un rapport complémentaire de son médecin traitant.
25. La chambre de céans a octroyé un délai au 31 janvier 2018 à la recourante pour lui transmettre les documents annoncés, mais ce courrier est resté sans réponse.
26. Lors d'une audience du 6 juin 2018, la recourante a déclaré qu'elle n'était pas capable de travailler, car elle avait des douleurs aux deux pieds qui lui remontaient jusque dans le dos, du côté gauche. Elle marchait avec des béquilles. Elle avait un peu moins mal au pied droit depuis l'opération. Les médecins lui avaient dit qu'elle devrait se faire opérer du côté gauche, mais elle ne voulait pas le faire maintenant, car elle avait perdu son mari au mois de décembre 2017 et les vacances arrivaient. Elle devait s'occuper de ses filles qui étaient âgées de 4 et 8 ans. Elle avait demandé

au Dr G_____ d'adresser directement à la chambre des assurances sociales un rapport médical, lorsqu'elle l'avait vu, le 21 février 2018. Elle l'avait revu le 16 mai 2018, car elle était très mal et il lui avait donné du Tramal et prescrit de la physiothérapie. Cette dernière l'aidait un peu. Elle avait refusé une infiltration, car cela ne lui avait pas convenu la première fois. Si l'opération fonctionnait et qu'elle n'avait plus de douleurs, elle serait d'accord de travailler. Son état n'avait pas changé depuis un an. Elle avait été opérée la première fois en août 2015. Son état de santé était meilleur après cette opération, mais pas parfait. Son pied droit gonflait au niveau du talon. Si elle marchait ou si elle était assise, elle avait mal. Si elle restait longtemps assise, cela gonflait, des deux côtés. Au niveau du moral, cela allait. Elle était suivie par son médecin généraliste qui était comme sa famille. Son médecin lui avait dit qu'elle pourrait voir un psychologue, mais elle ne le souhaitait pas. Elle arrivait à s'occuper de ses filles. La petite allait à la crèche avant, mais elle avait préféré que celle-ci reste avec elle à la maison, car cela l'aidait à oublier « les choses ». Sa fille allait commencer l'école en septembre. C'était son voisin qui allait chercher sa fille aînée à l'école. Pour les courses, sa voisine l'aidait et elle pouvait aussi y aller seule, car ce n'était pas loin. Elle arrivait à marcher 20 à 25 minutes. Durant la journée, elle restait à la maison et s'occupait un peu de ses papiers et de sa fille. Elle ressentait des douleurs du côté gauche depuis le mois d'août ou septembre 2017. Ses douleurs avaient augmenté depuis que son mari avait été hospitalisé, car elle avait dû faire beaucoup de trajets.

27. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Interjeté dans le délai et la forme requise, le recours est recevable (art. 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10).

3. a. Il convient de déterminer en premier lieu l'objet du litige.

b. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision.

Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaquée. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).

Lorsque dans la procédure juridictionnelle faisant suite à une décision administrative ou à une opposition, le recours ne porte que sur certains des rapports juridiques déterminés par la décision, ceux qui, bien que visés par cette dernière, ne sont plus litigieux d'après les conclusions du recours, ne sont pas compris dans l'objet du litige. Ils sont examinés par le juge s'ils sont dans un rapport de connexité étroite avec cet objet (ATF 125 V 414 consid. 1; arrêt du Tribunal fédéral 9C_197/2007 du 27 mars 2008).

Le Tribunal fédéral a ainsi considéré, dans un arrêt du 13 octobre 1992 (ATF 118 V 185), que la question de l'octroi de mesures de réadaptation, contestée par l'assuré dans le cadre de la procédure devant la juridiction cantonale, n'était pas dans le rapport de connexité étroite requis pour examiner le droit à la rente, qui, lui, n'avait pas été contesté, dès lors que l'examen du droit à des mesures de réadaptation pouvait se faire sans qu'il soit nécessaire de revoir d'office la question de la rente. Ainsi non seulement l'autorité cantonale ne devait pas se prononcer sur le droit à la rente, mais le Tribunal fédéral non plus.

c. En l'espèce, la recourante a conclu dans son recours à des mesures de reclassement professionnel. La décision du 17 mai 2017 est ainsi entrée en force en tant qu'elle lui refusait le droit à une rente d'invalidité et l'objet du présent litige ne porte que sur le droit de la recourante à un reclassement professionnel.

4. Selon l'art. 17 al. 1 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. Est réputé invalide au sens de cette disposition, celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 139 V 399 consid. 5.3 p. 403; 130 V 488 consid. 4.2 p. 489 et les références).

Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit donc examiner si la capacité de travail résiduelle médico-théorique mise en évidence sur le plan médical permet d'inférer une amélioration de la capacité de gain et, partant, une diminution du degré d'invalidité ou s'il est nécessaire au préalable de mettre en

oeuvre une mesure d'observation professionnelle (afin d'examiner l'aptitude au travail, la résistance à l'effort, etc.) et/ou des mesures légales de réadaptation. Dans la plupart des cas, cet examen n'entraînera aucune conséquence particulière, puisque les efforts que l'on peut raisonnablement exiger de la personne assurée - qui priment sur les mesures de réadaptation - suffiront à mettre à profit la capacité de gain sur le marché équilibré du travail dans une mesure suffisante à réduire ou à supprimer la rente. Il n'y a ainsi pas lieu d'allouer de mesures de réadaptation à une personne assurée qui disposait déjà d'une importante capacité résiduelle de travail, dès lors qu'elle peut mettre à profit la capacité de travail nouvellement acquise dans l'activité qu'elle exerce actuellement ou qu'elle pourrait normalement exercer (arrêt 9C_163/2009 du 10 septembre 2010 consid. 4.2.2 [SVR 2011 IV n° 30 p. 86, RSAS 2011 p. 71]).

Dans un arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5 (RSAS 2011 p. 504), le Tribunal fédéral a précisé qu'il existait deux situations dans lesquelles il y avait lieu d'admettre, à titre exceptionnel, que des mesures d'ordre professionnel préalables devaient être considérées comme nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée. Il s'agissait des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui était âgé de 55 ans révolus, ou qui avait bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifiait cependant pas que ces assurés pouvaient faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision (art. 17 al. 1 LPG), respectivement de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPG); on admettait seulement qu'une réadaptation ne pouvait pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente.

5. En l'espèce, la recourante présente un degré d'invalidité insuffisant pour ouvrir droit à une mesure de reclassement et l'on ne se trouve pas dans un cas où il faudrait considérer qu'une réadaptation par la recourante elle-même ne peut être exigé, dès lors qu'elle n'a pas été au bénéfice d'une rente pendant une longue durée avant d'être déclarée capable de travailler dans une activité adaptée et qu'elle est relativement jeune. Eu égard au large éventail d'activités simples et répétitives offert par le secteur de la production ne nécessitant aucune formation autre qu'une mise au courant initiale, il n'est pas irréaliste ou illusoire d'admettre que, compte tenu du fait que les limitations retenues autorisent l'exercice d'une activité industrielle légère avec alternance des positions et de l'expérience professionnelle acquise dans ses activités antérieures, il existe un nombre significatif d'activités adaptées aux atteintes de la recourante que celle-ci doit pouvoir exercer sans avoir besoin d'une mesure de reclassement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_467/2012 du 25 février 2013 consid. 5.2).
6. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
7. Au vu du sort du recours, un émoulement de CHF 200.- sera mis à la charge de la recourante (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Catherine TAPPONNIER

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