

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3250/2013

ATAS/256/2014

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 mars 2014

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame R_____, domiciliée à, THONEX, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Tania NICOLINI

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame R_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1959, a exercé différents métiers, notamment dans les secteurs du nettoyage, de la restauration, de la confection et de l'industrie, avant de travailler en dernier lieu pour le compte X_____ (ci-après l'employeur), agence temporaire. Dans ce cadre, elle a été mise au service d'une société horlogère du 3 mars 2008 au 10 mars 2009, en qualité d'ouvrière.
2. Le 5 mai 2010, 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), mentionnant avoir mal au dos depuis 2004 et être totalement incapable de travailler depuis janvier 2009.
3. Il ressort du questionnaire pour l'employeur du 10 juin 2010 que l'assurée avait droit à un 13^{ème} salaire et que son revenu horaire de base, lequel comprenait des indemnités de vacances, était de 29 fr. 30.
4. Par rapport du 21 juin 2010, le Dr A_____, médecin praticien FMH, a diagnostiqué des cervico-brachialgies bilatérales sur des discopathies C5-6, C6-7, lesquelles avaient un effet sur la capacité de travail de l'assurée. Il a également mentionné, à titre de diagnostics sans répercussion sur ladite capacité, une mastopathie fibro-kystique, de l'acné et une anémie ferriprive. Il a précisé que les cervico-brachialgies étaient « en dent de scie » depuis 2004, invalidantes depuis 2006, et accompagnées de douleurs quotidiennes et d'irradiations obligeant l'assurée à s'allonger. Il suivait cette dernière depuis le mois de septembre 2007 et le traitement consistait en la prise de médicaments et des séances de physiothérapie. L'incapacité de travail de l'assurée était totale dans son ancienne activité de caissière-ouvrière depuis le 2 mars 2009. Dans une activité adaptée, son pronostic était réservé et dépendant de l'évolution. A titre de restrictions, il a signalé que l'assurée devait alterner les positions et ne pouvait ni rester uniquement assise plus d'une demi-heure ni uniquement debout plus d'une heure. Elle ne pouvait ni se pencher plus de cinq fois de suite, ni rester accroupie plus de cinq minutes ou à genoux plus de dix minutes, ni travailler avec les bras au-dessus de la tête ou en rotation des positions assise et debout. Elle ne pouvait pas monter plus de trois étages d'escaliers ou sur une échelle. Il lui était également impossible de soulever plus de cinq kilogrammes toutes les dix minutes. Des activités exercées principalement en marchant en terrain irrégulier n'étaient possibles que 45 minutes. Sa capacité de concentration était limitée par une fatigue visuelle, mais ses capacités de compréhension, d'adaptation et de résistance étaient intactes.

Le médecin-traitant de l'assurée a notamment joint les documents suivants :

- un rapport du 18 octobre 2007 du Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, duquel il ressort que les cervico-scapulo-brachialgies bilatérales dont souffrait l'assurée ne réagissaient que très peu aux traitements

conservateurs classiques. Une imagerie par résonance magnétique (ci-après IRM) cervicale, effectuée le 27 septembre 2007, avait révélé une atteinte dégénérative intersomatique au niveau C5-C6, associée à un pincement et à une discrète ostéophytose antérieure avec une discrète diminution de la taille des deux trous de conjugaison. Au niveau C6-C7, existait également une discopathie dégénérative associée à une discrète diminution de la taille du canal latéral droit. Les examens neurologiques cliniques et électroneuromyographiques ne montraient pas de signe d'atteinte lésionnelle au niveau du système nerveux périphérique ou central. Les douleurs étaient vraisemblablement en rapport avec des contractures musculaires dans un contexte de cervico-discarthrose ;

- un rapport du 18 mai 2009 du Dr C_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, relatant des contractures musculaires de toute la ceinture scapulaire, des articulations libres et indolores et un status neurologique non déficitaire.

5. Dans un rapport à l'attention de l'OAI du 27 septembre 2010, le Dr C_____ a diagnostiqué un status post-capsulite rétractile gauche sans séquelle et une cervicarthose modérée, sans effet sur la capacité de travail. Il a indiqué avoir traité l'assurée de juin 2008 à mai 2009 et l'avoir convoquée en août 2010 afin de renseigner l'OAI. L'assurée se plaignait alors de cervicalgies et de douleurs inter-scapulaires irradiant dans les membres supérieurs, avec une sensation de fatigue. Il n'avait pas constaté de limitation fonctionnelle objective hormis une petite limitation cervicale non gênante dans le quotidien. Le status neurologique était sans particularité, avec des contractures des muscles rhomboïdes et angulaires de l'omoplate des deux côtés. En conclusion, l'assurée présentait un état douloureux chronique avec une limitation cervicale mineure. Sur le plan fonctionnel, l'activité habituelle était exigible.

Le Dr C_____ a notamment annexé à son rapport les pièces suivantes :

- un courrier qu'il avait envoyé le 30 juin 2008 au Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'informant qu'une échographie de l'épaule gauche réalisée en juin 2008 avait objectivé un épaississement et une tuméfaction capsulaire. Il avait effectué une infiltration de l'épaule gauche et de l'omoplate ;
- un rapport du Dr E_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM du rachis cervical réalisée le 2 avril 2009. Ce médecin a conclu à un trouble statique du rachis cervical, à une discopathie en C6-C7, plus marquée en C5-C6, très discrètement évolutive.

6. Mandaté par l'OAI, le Dr F_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, a rendu son rapport d'expertise le 7 décembre 2010. Il a retenu, à titre de diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques aspécifiques et des minimes discopathies C5-C6 et C6-C7. Il a

également mentionné une mastopathie fibrokystique, une couperose et une gonarthrose radiologique débutante au niveau du compartiment fémoro-tibial interne gauche, atteintes n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail.

Concernant les plaintes de l'assurée, il a rapporté des cervicalgies chroniques, fluctuantes au gré des jours et des activités réalisées, qui n'avaient pas été soulagées par les différents traitements, mais qui ne la gênaient pas dans les tâches de la vie quotidienne. Il a également fait état de gonalgies gauches, en nette amélioration depuis quelques jours, et a ajouté que l'assurée n'avait pas relaté de radiculalgie dans les membres supérieurs ni de douleurs au niveau des épaules, mais qu'elle s'était déclarée très triste et déprimée, ajoutant avoir récemment consulté un psychiatre.

L'expert a observé que l'assurée n'avait apparemment aucune difficulté à se déplacer dans son cabinet, à se mouvoir sur le lit d'examen ou encore à se vêtir. Son examen clinique était extrêmement pauvre en constatations pathologiques, tout au plus pouvait-il retenir quelques contractures musculaires au niveau de la charnière cervico-dorsale, mais il n'y avait en l'état pas de limitation de la mobilité au niveau des épaules. Le status neurologique était rigoureusement normal, les constatations radiologiques totalement banales et sans répercussion clinique objective. L'examen ostéoarticulaire pouvait être considéré comme normal, hormis une sensibilité à la palpation du compartiment interne du genou gauche. Une IRM effectuée le 25 novembre 2010 avait révélé un œdème diffus du condyle fémoral interne, sans lésion cartilagineuse, méniscale ou ligamentaire. Cette atteinte gonarthrosique débutante probable à gauche (essentiellement radiologique) n'était cependant pas incapacitante, puisqu'elle ne générait pas de limitations fonctionnelles dans une activité de caissière ou d'ouvrière en horlogerie. En conclusion, l'assurée manifestait un tableau de cervicalgies chroniques aspécifiques et seule pouvait être retenue une certaine limitation fonctionnelle dans la capacité de faire des mouvements répétitifs de la nuque en flexion-extension et en rotations. Sur la base des éléments objectifs constatés lors de son expertise, il n'y avait pas de limitation dans le port et dans le soulèvement de charges.

A défaut d'élément précis quant à des interruptions de travail antérieures au mois de mars 2009, l'expert était d'avis que l'arrêt de travail actuel avait été initié suite au licenciement de mars 2009. Selon lui, la capacité de travail de l'assurée était de 70% dans l'activité habituelle d'ouvrière en horlogerie ou de caissière en supermarché, en raison des limitations fonctionnelles susmentionnées, et ce depuis le mois de mars 2009. Ladite capacité était entière dans une activité adaptée, sans baisse de rendement. D'un point de vue médical, l'expert a notamment préconisé de favoriser les auto-exercices de mobilisation douce au niveau cervical et d'éviter les traitements invasifs et de manipulation au niveau de la nuque. De telles mesures pourraient permettre à l'assurée de recouvrer une capacité de travail complète dans son activité habituelle.

Etaient, entre autres, annexés les rapports suivants du Dr G_____, radiologue :

- un rapport du 26 mai 2005 suite à des radiographies de la nuque. Avaient été constatées une minime discopathie dégénérative en C5-C6 avec une petite calcification du ligament longitudinal antérieur, ainsi qu'une légère ostéophytose antérieure ;
 - un rapport du 28 septembre 2007 suite à l'IRM cervicale du 27 septembre 2007, laquelle avait mis en exergue une minime atteinte dégénérative sous la forme de discrètes discopathies C6-C7 et C5-C6 ;
 - un rapport du 9 juin 2008 suite à des radiographies de l'épaule gauche, révélant l'absence de calcification, d'atteinte dégénérative ou inflammatoire érosive.
7. Le 25 janvier 2011, la Dresse H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a répondu à un questionnaire de l'OAI. Elle a indiqué avoir suivi l'assurée de septembre 2009 à février 2010, à raison de six entretiens, et a posé le diagnostic de trouble dépressif majeur moyen chronique (F33.1) existant au moins depuis 2004. Elle a notamment relevé que l'assurée avait eu, en 2007, un traitement dont la molécule était soupçonnée d'induire des dépressions persistantes, même longtemps après la fin du traitement, ce qui aurait pu aggraver l'état dépressif constaté.
8. Le 17 août 2011, la Dresse H_____ a signalé que l'état de santé s'était aggravé et que le trouble dépressif majeur chronique, lié à la douleur chronique et à l'incapacité de travail subséquente, avait une influence sur la capacité de travail. Le traitement en cours consistait en la prise d'antalgiques, d'antidépresseurs et de benzodiazépines.
9. Mandaté par l'OAI, le Dr I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, associé à Madame S_____, psychologue et psychothérapeute, a rendu son rapport le 15 février 2012.

L'expert a diagnostiqué, avec une répercussion sur la capacité de travail, un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission (F33.1) et, sans répercussion sur ladite capacité, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) ou des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (cervicalgies sur discopathies C5-C6 et C6-C7) (F54), des difficultés liées à l'emploi et au chômage (Z56), une accentuation de certains traits de la personnalité, ainsi que des traits de la personnalité histrionique (Z73.1).

S'agissant du status clinique, l'expert a notamment relevé qu'à l'examen neurocognitif, l'assurée était parfaitement éveillée et bien orientée. L'examen psychométrique avait révélé de bonnes capacités de concentration, mnésiques et attentionnelles, malgré un faible niveau d'acquisition et des capacités intellectuelles

relativement limitées. Aucun élément objectif ne permettait de conclure à la présence de symptômes psychotiques, ni à l'heure actuelle ni dans le passé. S'agissant des critères relatifs à la dépression, l'expert a exposé que la tristesse, fluctuante et en lien avec les douleurs, n'était pas invalidante. L'anhédonie était absente, l'assurée faisant état de moments de plaisir partagés avec ses amis et sa famille, et la fatigue n'était plus invalidantes depuis un mois. L'estime de soi était fluctuante avec une amélioration en lien avec le suivi psychothérapeutique, il n'y avait pas de pensées de culpabilité répétitives et ruminatives. Il n'avait pas constaté de troubles anxieux spécifiques et les symptômes anxieux résiduels objectivés s'inscrivaient dans le contexte d'un épisode dépressif récurrent moyen actuellement en rémission. Concernant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, l'expert a mentionné que malgré le décalage entre l'exagération des plaintes et le constat objectif, il pouvait penser que la détresse de l'assurée était réelle. Il a notamment relevé que cette dernière bénéficiait effectivement de la sollicitude de ses médecins et de son entourage, et que l'épisode dépressif récurrent était réactionnel aux douleurs fibromyalgiques. Selon le substrat organique existant, il pouvait retenir soit un syndrome douloureux somatoforme persistant, soit des facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, étant rappelé que l'assurée présentait également des cervicalgies sur des discopathies modérées C5-C6 et C6-C7. L'expert a exclu la présence d'un trouble de la personnalité ou de l'adaptation et a indiqué qu'il ne pouvait que confirmer la présence de traits de personnalité histrionique. En conclusion, il retenait la présence de symptômes caractéristiques d'un épisode dépressif récurrent d'intensité moyenne, actuellement en rémission, survenant dans le décours d'un trouble somatoforme douloureux et de cervicalgies.

Dans son appréciation du cas, l'expert a rappelé que l'assurée avait été licenciée en février 2009 et en incapacité totale de travail à partir du 11 mars 2009 en raison de douleurs cervicales, date à partir de laquelle elle n'avait plus repris d'activité professionnelle. Il s'en était probablement suivi, en 2009, un premier épisode dépressif moyen réactionnel au licenciement qui avait été résolutif sans traitement antidépresseur, mal toléré par l'assurée. Il s'est également référé au suivi psychiatrique, à raison d'une ou deux fois par mois depuis le mois de mai 2011 et a noté que les résultats de la prise de sang étaient compatibles avec une mauvaise compliance au traitement antidépresseur, contrairement aux allégations de l'assurée. Un tel traitement était exigible d'un point de vue asséculoologique encore six mois après la disparition symptomatique afin de minimiser le risque d'une rechute dépressive. Le pronostic de l'épisode dépressif actuel était positif, vu une nette amélioration symptomatique déjà objectivable.

Répondant aux questions de l'OAI, l'expert a conclu que les limitations à mettre en évidence étaient en lien avec le faible niveau d'acquisition de l'assurée qui n'avait jamais eu l'occasion de suivre un cursus scolaire normal et qui avait effectué uniquement des travaux manuels depuis l'âge de 10 ans. Les traits de la

personnalité histrionique et le trouble somatoforme douloureux persistant avaient été des facteurs de risque ayant contribué à l'écllosion de l'épisode dépressif actuel. Ces troubles avaient entraîné des arrêts maladie suite à une fatigue et à une tristesse invalidante, symptômes qui n'étaient en l'état plus objectivables. Cependant, ces deux pathologies, bien que non invalidantes en tant que telles, représentaient un facteur de risque non négligeable pour des rechutes dépressives. Ainsi, la capacité de travail théorique de l'assurée était de 100%, sans diminution de rendement, dans toute activité adaptée tenant compte de son faible niveau d'acquisition et de ses limitations rhumatologiques, pour autant qu'elle puisse continuer son traitement psychiatrique et psychothérapeutique. L'expert a précisé qu'il y avait eu une incapacité de travail de 20% au moins depuis 2009, en lien avec les deux épisodes dépressifs moyens (2009 et 2011), ayant entraîné une invalidité de trois à six mois d'un point de vue psychiatrique. L'épisode dépressif moyen récurrent était une pathologie secondaire à des douleurs en lien avec des cervicalgies chroniques aspécifiques sur des minimes discopathies C5-C6 et C6-7 et à un trouble somatoforme. Prenant en compte l'important déconditionnement de l'assurée et sa fragilité psychique, ainsi que ses traits de personnalité pathologique, son habitude à un rythme de travail devrait être très progressive, mais la capacité pourrait être augmentée, grâce à une prise en charge psychothérapeutique.

10. Dans son appréciation du 15 mars 2012, le Dr J _____, médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après SMR), a considéré que l'atteinte principale à la santé consistait en des cervicalgies chroniques aspécifiques, que la capacité de travail de l'assurée était totale dans une activité adaptée, soit une activité n'impliquant pas de mouvements répétitifs de la nuque en rotations et en flexion-extension. Il a en outre relaté, à titre de facteurs ou diagnostics associés qui n'étaient pas du ressort de l'assurance-invalidité, un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission, un syndrome douloureux somatoforme persistant ou des facteurs psychologiques associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs (cervicalgies), des difficultés liées à l'emploi et au chômage, une accentuation de certains traits de la personnalité, ainsi que des traits de la personnalité histrionique. Il a notamment relevé que le syndrome douloureux somatoforme ne réunissait pas les critères jurisprudentiels pour considérer qu'il avait une incidence sur la capacité de travail, et que l'état dépressif était une pathologie secondaire à des douleurs en lien avec des cervicalgies chroniques aspécifiques et à un trouble somatoforme. En outre, cet épisode dépressif lequel avait engendré une incapacité de travail de trois à six mois en 2011, était actuellement en rémission.
11. Lors d'un entretien qui s'est tenu le 26 novembre 2012 entre l'assurée et une collaboratrice en réadaptation de l'OAI, il a été convenu de mettre en place un stage d'orientation auprès de l'entreprise PRO afin de déterminer l'activité du marché économique susceptible d'être menée au taux le plus élevé. L'assurée travaillerait à

50% pendant les deux premiers mois, puis un réentraînement progressif au travail favoriserait la mise en valeur des compétences professionnelles.

12. Par décision du 28 mai 2013, l'OAI a pris en charge les frais inhérents au stage d'orientation qui avait débuté le 8 avril et devait se dérouler jusqu'au 7 juillet 2013.
13. Par courrier du 30 mai 2013, l'OAI a informé l'entreprise PRO de son intention de mettre fin aux mesures d'orientation au 31 mai 2013, compte tenu de l'absence prolongée et définitive de l'assurée.
14. Le même jour, l'OAI a demandé au médecin-traitant de l'assurée de lui communiquer ce qui avait médicalement justifié l'arrêt des mesures professionnelles, et notamment si une nouvelle difficulté de santé était apparue.
15. Dans un rapport d'évaluation daté du 6 juin 2013, l'entreprise PRO a relevé que le stage avait duré du 8 avril au 31 mai 2013, et que l'assurée avait été effectivement présente durant 7 jours.

Il ressort de ce document que l'assurée avait exprimé le premier jour avoir des douleurs à la nuque et aux épaules, ajoutant que les charges occasionnelles, même légères, ainsi que les gestes répétitifs augmentaient ses maux. Des tâches de plus en plus légères lui avaient ainsi été confiées, soit chronologiquement: coller une étiquette sur une face de cartons mis à sa disposition sur son poste de travail, étiqueter des produits cosmétiques, confectionner des trousse avec trois insertions de produits dont un port occasionnel d'un maximum de 3 kilogrammes, poser des étiquettes sur un support cartonné avec un fil d'accrochage, poser des étiquettes sur une trousse avec un pistolet manuel à agrafe en plastique. Le 11 avril 2013, l'assurée avait sollicité sa conseillère en évaluation et lui avait décrit de fortes douleurs aux épaules, au dos et à la nuque, ajoutant être très fatiguée, prendre davantage de médicaments pour atténuer ses douleurs, et ne pas se sentir capable de faire plus de 4 heures par jour. Elle avait été en arrêt de travail dès le 17 avril 2013 pour une durée d'un mois et son certificat médical avait été renouvelé le 17 mai 2013 pour une durée indéterminée. Aucune évaluation objective n'avait pu être réalisée en raison de l'absentéisme important, de sorte que les objectifs n'étaient pas validés.

16. Le 21 juin 2013, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision tendant au refus de prestations. Conformément aux conclusions des rapports d'expertise selon lesquelles la capacité de travail de l'assurée était de 70% dans son activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, l'OAI a retenu que la capacité de travail résiduelle médicalement exigible était totale dans une activité sérielle de l'industrie légère. Rappelant qu'il avait été décidé de permettre à l'assurée de reprendre une occupation à un rythme réduit de 50% afin de tenir compte du fait qu'elle n'avait plus travaillé depuis plusieurs années, l'OAI constatait que la capacité de travail ne pouvait pas être mise en valeur, non pas en raison de l'atteinte à la santé ou d'une aggravation, mais en raison d'un manque de motivation et de la présentation d'un certificat médical d'arrêt reconductible. Après comparaison des

revenus avec et sans invalidité, l'OAI a fixé le degré d'invalidité à 6%, de sorte que l'assurée n'avait droit ni à une rente d'invalidité ni à un reclassement. Enfin, des mesures d'ordre professionnel n'étaient en l'état pas indiquées.

17. Le 27 juin 2013, le Dr A _____ a écrit à l'OAI qu'il avait été consulté par l'assurée le 16 avril 2013 car les symptômes s'étaient aggravés. La psychiatre de l'assurée et lui avaient introduit un nouveau traitement, puissant, qui avait dû être interrompu le 17 mai 2013, et ils avaient alors changé de molécules. Ce traitement s'était avéré efficace sur les douleurs, mais avait provoqué des somnolences, des vertiges et des nausées.
18. Le 3 juillet 2013, l'assurée a fait valoir son droit d'être entendu et sollicité que le projet de décision soit modifié au regard des conclusions de son médecin-traitant.
19. Dans un avis SMR du 10 septembre 2013, le Dr J _____ a considéré que le rapport médical du Dr A _____ du 27 juin 2013 n'apportait aucun élément nouveau et que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée n'était pas prouvée.
20. En date du 12 septembre 2013, l'OAI a confirmé son projet de décision et rejeté la demande de l'assurée, au motif que les nouvelles pièces médicales produites n'apportaient pas d'élément permettant de modifier objectivement l'avis du SMR.
21. Le 30 septembre 2013, l'assurée a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.
22. Par acte du 10 octobre 2013, l'assurée, par l'intermédiaire d'un mandataire, interjette recours contre la décision précitée. Elle conclut préalablement à ce que les mesures probatoires utiles soient ordonnées et, principalement, à l'annulation de la décision attaquée, à la constatation de son droit à une rente entière d'invalidité non limitée dans le temps et au renvoi du dossier à l'intimé, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle conclut à ce qu'il soit constaté qu'elle a droit à des mesures professionnelles. Elle invoque en substance que l'intimé a arbitrairement écarté certains rapports médicaux pour ne prendre en considération que ceux émanant des experts mandatés par le SMR, de sorte que sa décision a été prise en méconnaissance de l'ensemble des faits d'ordre médical. Elle soutient que sa capacité de travail est nulle dans toute activité en raison d'atteintes à la santé invalidantes. En outre, elle fait grief à l'intimé de ne pas l'avoir mise en demeure avant l'interruption des mesures d'orientation et lui reproche de ne pas avoir adapté lesdites mesures à son état de santé.
23. Dans sa réponse du 11 novembre 2013, l'intimé conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Il fait valoir que les expertises effectuées par les Drs F _____ et I _____ doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante, de sorte que la capacité de travail de la recourante est de 70% dans son ancienne activité et de 100% dans une activité adaptée, depuis 2009. En outre, il rappelle que les métiers relatifs à l'activité sérielle dans l'industrie légère ont été considérés par son service de réadaptation, en collaboration avec le SMR, comme étant une activité adaptée à l'état de santé de la recourante. S'agissant de la fin des mesures de réadaptation, l'intimé conteste qu'il aurait dû mettre la recourante en

demeure de revenir et soutient avoir interrogé, sans succès, le médecin-traitant afin de connaître ce qui motivait l'incapacité totale d'effectuer un stage. Enfin, l'intimé expose que tous les éléments médicaux figurant au dossier ont été pris en compte.

24. Par réplique du 3 décembre 2013, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle relève que les rapports de ses médecins-traitants ne sont pas mentionnés dans la décision litigieuse et que l'intimé ne fournit aucune explication sur les raisons qui l'ont conduit à se baser uniquement sur les rapports des experts du SMR. Elle observe également que l'intimé n'a pas attendu les explications qu'il avait pourtant sollicitées du médecin-traitant pour mettre fin aux prestations et allègue que les mesures ont dû être interrompues en raison de son état de santé.
25. Dans sa duplique du 7 janvier 2014, l'intimé maintient ses conclusions. Il soutient qu'il ressort de sa décision du 12 septembre 2013 que cette dernière est notamment basée sur les expertises des 7 décembre 2010 et 15 février 2012, documents auxquels il accorde une pleine valeur probante. Concernant l'arrêt des mesures d'orientation, il invoque que celles-ci ne sont accordées et maintenues que si, selon toute vraisemblance, elles ont des chances de succès et ne sont pas vouées à l'échec et rappelle à cet égard que le taux de présence de la recourante était de 19% sur la durée effective de la mesure.
26. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante le 10 janvier 2014.

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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).
3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le

1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité.

Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1 ; ATF 127 V 466 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 71 consid. 6b ; ATF 112 V 356 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 12 septembre 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA; RSG E 5 10]).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à l'obtention d'une rente d'invalidité et sur le bien-fondé de l'interruption des mesures professionnelles.
6. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2).

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).

7. 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 maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les

diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 132 V 65 consid. 4.2.2 ; ATF non publié 9C_387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2).

Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable

(symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATFA non publié I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1).

A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

9. Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4^{ème} édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1).
10. a) 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).
- b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins-traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; ATFA I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins-traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins-traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

11. 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).

12. En l'espèce, sur la base du rapport du SMR, lui-même fondé sur les rapports d'expertise rhumatologique et psychiatrique, l'intimé a considéré que la capacité de travail résiduelle médicalement exigible de la recourante était de 100% dans une activité sérielle de l'industrie légère et a fixé le degré d'invalidité à 6%, de sorte qu'il lui a nié tout droit à une rente ou à un reclassement.

La recourante conteste cette appréciation et soutient que sa capacité de travail est nulle comme l'attestent ses médecins-traitants.

13. Il convient dès lors de se déterminer en premier lieu sur la valeur probante de ces différents rapports médicaux.

a) S'agissant du volet somatique, la Cour de céans observe que le diagnostic posé par le Dr F_____ dans son rapport du 7 décembre 2010, soit celui de cervicalgies chroniques aspécifiques et de minimes discopathies C5-C6 et C6-C7, s'apparente à celui du médecin-traitant, lequel a fait état de cervico-brachialgies bilatérales sur des discopathies C5-6 et C6-7 (rapport du Dr A_____ du 21 juin 2010). Leurs avis divergent cependant sur les contre-indications engendrées par cette atteinte ainsi que sur l'incapacité de travail qui en découle. L'expert a en effet considéré que seules doivent être évitées les activités répétitives de flexion-extension et de rotations de la nuque, alors que le médecin-traitant a mentionné des restrictions beaucoup plus importantes concernant, entre autres, les positions assise, debout, penchée, accroupie, les rotations, ou encore le port de charges et le travail avec les bras au-dessus de la tête. En outre, si l'expert a estimé à 70% la capacité de travail dans l'activité habituelle et à 100% dans une activité respectant les contre-indications, ajoutant que la recourante pourrait recouvrer une capacité de travail complète dans son activité habituelle en pratiquant des exercices de mobilisation douce au niveau cervical, le médecin-traitant a quant à lui attesté d'une totale incapacité de travail dans l'ancienne activité de caissière-ouvrière depuis le mois de mars 2009 et a réservé son pronostic en matière d'une activité adaptée.

La Cour de céans observe que le rapport d'expertise du Dr F_____ est basé sur une anamnèse et une analyse complètes du dossier de l'intimé. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, notamment de radiographies complémentaires, ses plaintes ont été prises en compte et le spécialiste a procédé à une discussion et à une appréciation du cas détaillées. Il s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle d'ouvrière en horlogerie ou de caissière en supermarché, et a clairement défini ses limitations fonctionnelles. Il a dûment expliqué et motivé son point de vue et ses conclusions sont cohérentes et convaincantes. Par ailleurs, la Cour de céans remarque que son

appréciation rejoint celle du Dr C _____, lequel n'avait retenu aucun diagnostic ayant un effet sur la capacité de travail et n'avait constaté qu'une petite limitation cervicale non gênante au quotidien. Ce médecin avait même conclu que l'activité habituelle était encore exigible (rapport du 27 septembre 2010).

Eu égard à la jurisprudence précitée, la Cour de céans constate qu'aucun indice concret ne permet de douter du bien-fondé des conclusions de l'expert. La recourante ne prétend au demeurant pas que ce dernier aurait ignoré des éléments objectivement vérifiables dans le cadre de son examen. Etant rappelé la différence de mandat entre un médecin-traitant et un expert, la Cour de céans fera siennes les conclusions du rapport du Dr F _____ auquel elle reconnaît une pleine valeur probante.

b) Sur le plan psychiatrique, le Dr I _____ a retenu, dans son expertise du 15 février 2012, un épisode dépressif récurrent moyen, sans symptômes psychotiques, actuellement en rémission. L'expert a posé ce diagnostic après avoir examiné les critères majeurs et mineurs de la dépression, et analysé les résultats des tests et examens psychométriques. Il a tenu compte de l'appréciation de la psychiatre-traitant de la recourante et a justifié de façon convaincante les raisons pour lesquelles il pensait que le trouble dépressif majeur chronique (rapports des 25 janvier et 17 août 2011 de la Dresse H _____) avait positivement évolué. Il a notamment mentionné que la fatigue et à la tristesse invalidante n'étaient en l'état plus objectivables. Il a précisé que l'épisode dépressif moyen récurrent était une pathologie secondaire à des douleurs en lien avec des cervicalgies chroniques aspécifiques et à un trouble somatoforme.

Concernant le syndrome douloureux somatoforme persistant ou les facteurs psychologiques ou comportementaux associés à des troubles ou des maladies classées ailleurs, il convient de constater que l'expert a déterminé que ce diagnostic n'avait aucune conséquence sur la capacité de travail. S'agissant des critères jurisprudentiels, la Cour de céans observe que la recourante ne présente pas de comorbidité psychiatrique importante. Pour le surplus, il sera remarqué qu'il n'y a pas de perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'état psychique cristallisé ou d'échec des traitements conformes aux règles de l'art, étant notamment rappelé qu'une prise de sang a révélé une mauvaise compliance au traitement médicamenteux. Dans ces circonstances, le trouble somatoforme douloureux n'est en aucun cas invalidant et il n'est pas nécessaire d'examiner si les critères du processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable et des affections corporelles chroniques sont réalisés.

L'expert a conclu que la capacité de travail théorique de la recourante était totale depuis 2009, sans diminution de rendement, dans toute activité adaptée tenant compte de son faible niveau d'acquisition et de ses limitations rhumatologiques, pour autant qu'elle puisse continuer son traitement psychiatrique et psychothérapeutique. Seuls deux épisodes avaient entraîné une invalidité de trois à six mois en 2009 et 2011, comme attesté par la psychiatre-traitant.

La Cour de céans constate que le rapport d'expertise du Dr I _____ remplit pleinement les exigences de la jurisprudence pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Ce document a en effet été établi en parfaite connaissance du dossier, après que l'expert se soit entretenu avec le médecin-traitant et la psychiatre-traitant de la recourante. Il a reçu cette dernière à sa consultation à trois reprises et a pris en considération ses plaintes ainsi que son histoire médicale. Les conclusions de son rapport, lesquelles ne s'opposent au demeurant pas à celles de la psychiatre-traitant, sont bien motivées et claires.

c) Par conséquent, compte tenu de la valeur probante des expertises mises en œuvre par l'intimé, nul n'est besoin de procéder à une instruction complémentaire, comme requis par la recourante.

La Cour de céans remarquera encore que, contrairement aux allégations de cette dernière, la décision de l'intimé a été prise en connaissance de l'ensemble du dossier et qu'elle n'a pas à contenir une énumération des pièces médicales qui ne sont pas jugées pertinentes.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère, au degré de la vraisemblance prépondérante prévue par la jurisprudence, que la capacité de travail de la recourante est totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites par le Dr F _____ dès le mois de mars 2009, à l'exception d'une courte période d'incapacité en 2009 et 2011, en lien avec les deux épisodes dépressifs moyens, ayant entraîné une invalidité de trois à six mois d'un point de vue psychiatrique.

14. Dans le cadre de l'exercice de son droit d'être entendu, la recourante a produit un nouveau rapport de son médecin-traitant daté du 27 juin 2013, lequel a signalé l'aggravation des symptômes au cours du stage chez PRO et l'introduction d'un nouveau traitement ayant entraîné des somnolences, vertiges et nausées. S'agissant de ces derniers symptômes, la Cour de céans constate que le Dr A _____ a signalé leur apparition à partir du 30 mai 2013, alors que la recourante était déjà absente depuis le mois d'avril 2013. Il y a donc lieu de considérer que ce sont les douleurs à la nuque et aux épaules qui ont motivé l'absence de la recourante. Or, de ces plaintes étaient connues des experts qui en ont tenu compte lors de l'établissement des limitations fonctionnelles. Le médecin-traitant ne livre aucune explication permettant de s'écarter des conclusions des rapports d'expertise auxquels la Cour de céans a reconnu une pleine valeur probante. Les activités confiées à la recourante pendant le stage d'orientation étant des plus légères et respectant les limitations décrites dans les rapports d'expertise, force est de constater que l'appréciation du Dr A _____ n'est pas déterminante.
15. Il convient à présent de fixer le degré d'invalidité de la recourante.
16. Selon 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.

17. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI, 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 LPGGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGGA) 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 LPGGA.
18. a) 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 LPGGA et 28a al. 1 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).

b) 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).

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).

c) 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).

19. En l'espèce, dans la mesure où la recourante a déposé sa demande de prestations au mois de mai 2010 en raison d'atteintes à la santé ayant engendré une incapacité de travail depuis le mois de mars 2009, il convient de se placer en 2010 pour procéder à la comparaison des revenus.

S'agissant du revenu sans invalidité, il y a lieu de se référer à l'extrait du compte individuel (ci-après CI) de la recourante, à défaut d'indications précises de l'employeur concernant le dernier salaire perçu. Le CI révèle un salaire de 48'914 fr. en 2008. Ce montant doit être indexé à 2010 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (2008: 2'499 et 2010: 2'579 ; Evolution des salaires nominaux, des prix à la consommation et des salaires réels, 1976-2011), ce qui donne un revenu sans invalidité de 50'479 fr. 90.

Concernant le revenu avec invalidité, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir 50'700 fr. par année (4'225 fr. x 12 ; ESS 2010, TA1). Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux limitations de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010 (41,6 heures ; La Vie économique, 12-2013, B9.2), ce montant doit être porté à 52'728 fr. (50'700 fr. x 41.6 heures : 40 heures). L'intimé a tenu compte d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles. Etant rappelé que le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration, le salaire d'invalidité est fixé à 47'455 fr. 20, après calcul de l'abattement de 10%, ce qui donne un degré d'invalidité de 6%. La Cour de céans remarquera encore à l'attention de la

recourante que même en tenant compte de la déduction globale maximum de 25%, son degré d'invalidité ne serait que de 21,7%, degré insuffisant pour lui ouvrir le droit à une rente.

Partant, le taux d'invalidité de 6% est confirmé, de sorte que c'est à bon droit que l'intimé a nié à la recourante un droit à une rente, ainsi qu'à un reclassement. Les conclusions principales de la recourante seront donc rejetées.

20. Concernant les mesures de réadaptation, la Cour de céans rappelle que l'intimé a mis en place un stage d'orientation auprès de l'entreprise PRO afin de déterminer quelle activité pourrait être exercée par la recourante et permettre à cette dernière d'augmenter progressivement son taux d'occupation, compte tenu du fait qu'elle n'avait plus travaillé depuis 2009.

Bien que la décision litigieuse ne prononce pas formellement l'interruption de ce stage, elle retient que la capacité de travail de la recourante ne peut pas être exploitée en raison d'un manque de motivation et de la présentation d'un certificat médical d'arrêt de travail reconductible, et que des mesures professionnelles ne sont pas indiquées.

Se pose donc la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a mis un terme à la mesure de réadaptation qu'il avait décidé d'octroyer à la recourante.

21. 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). 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).
22. Selon l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés. Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de réadaptation (ATFA I 605/04 du

11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également ATFA non publié I 552/06 du 13 juin 2006, consid. 4).

23. En l'occurrence, il ressort des pièces figurant au dossier administratif de l'intimé que ce dernier a omis de procéder à la mise en demeure formelle requise par la loi. La cause doit donc lui être renvoyée afin qu'il statue à nouveau sur la poursuite de cette mesure d'ordre professionnel après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPGA. En ce sens, le recours se révèle bien fondé.
24. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision annulée, en ce sens que l'intimé ne pouvait pas interrompre les mesures professionnelles sans mettre au préalable la recourante en demeure.

La recourante, représentée par un conseil et obtenant partiellement gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 750 fr. (art. 61 let. g LPGA et 89H al. 1 LPA). Un émolument de 200 fr. sera mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet très partiellement et annule la décision du 12 septembre 2013 en ce sens que l'intimé ne pouvait pas interrompre les mesures professionnelles sans mettre au préalable la recourante en demeure.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour reprise de la mesure interrompue.
4. Confirme la décision du 12 septembre 2013 pour le surplus.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 750 fr. à titre de dépens.
6. Met un émolument de 200 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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