

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3545/2014

ATAS/763/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 octobre 2015

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Samir DJAZIRI

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née le _____ 1970, originaire de Macédoine, est arrivée en Suisse le 1^{er} avril 1995 et est titulaire d'un permis C depuis le 12 décembre 2003.
2. Au bénéfice d'une formation d'éducatrice pour la petite enfance, acquise dans son pays d'origine, elle a travaillé en qualité d'aide de crèche du 11 juin 2002 au 23 septembre 2002 et du 21 octobre 2002 au 20 octobre 2003. En dernier lieu, après une formation effectuée au cours d'une période de chômage, elle a exercé l'activité de polisseuse en horlogerie, dans le cadre d'une mission temporaire du 18 février 2008 au 7 décembre 2008, par l'intermédiaire de la société B_____ S.A. (ci-après: l'employeur).
3. A partir du 8 novembre 2008, l'assurée a cependant été empêchée de travailler durant une période, pour cause de maladie.
4. Dans un rapport du 9 décembre 2008, établi à la suite de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) du rachis cervical et lombaire de l'assurée réalisée le 8 décembre 2008, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en radiologie, a posé les diagnostics de discopathies cervicales C4-C5, C5-C6 et C6-C7, prédominant en C4-C5, avec débord discal foraminaux gauche, de débord discal harmonieux L5-S1 sans conflit radiculaire décelable, et d'effusion articulaire L4-L5 bilatérale.
5. A compter du 4 septembre 2009, l'assurée s'est inscrite au chômage. Selon les informations fournies par son employeur à l'assurance-chômage le 30 mars 2009, son salaire horaire, en qualité de polisseuse en horlogerie, était de CHF 29.04 (y compris l'indemnité vacances de 10.64 % et la part au 13^{ème} salaire de 8.33 %) et son temps de travail était de 40 heures par semaine, soit un temps plein.
6. Le 3 février 2010, ayant rencontré des problèmes d'ouïe, l'assurée a déposé une demande de moyens auxiliaires auprès de l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après: l'OAI ou l'intimé), visant à l'obtention d'une prothèse auditive. Celle-ci lui a été accordée, conformément à l'expertise rendue le 29 novembre 2010 par le docteur D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) et chef de clinique, et la doctoresse E_____, spécialiste FMH en ORL et médecin adjoint, du Service d'ORL des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), qui avait conclu à un déficit de perception à gauche et à une cophose de l'oreille droite.
7. Le 10 février 2011, l'assurée a glissé dans les escaliers. A la suite de cela, elle a ressenti des douleurs dans la nuque et dans les bras, irradiant jusqu'au milieu du dos. Son médecin traitant, le docteur F_____, spécialiste FMH en médecine interne générale, l'a alors jugée dans l'incapacité totale de travailler et le cas a été pris en charge par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la SUVA).

8. Le 23 février 2011, une nouvelle IRM cervicale a été pratiquée par le docteur G_____, spécialiste FMH en radiologie. Elle concluait à une dégénérescence discale étagée avec discarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7, un œdème intra-spongieux des plateaux inférieur de C4 et supérieur de C5, une hernie discale C4-C5 de localisation médiane et paramédiane droite entrant en conflit avec la racine C5 droite, une protrusion discale C5-C6 et une hernie discale C6-C7 sans conflit radiculaire, une uncarthrose modérée sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires, ainsi qu'à un cordon médullaire de topographie normale et de signal homogène sur toutes les séquences.
9. Par décision du 8 juillet 2011, confirmée sur opposition le 7 septembre 2011, compte tenu du retrait du recours interjeté par l'assurée le 4 octobre 2011, la SUVA a mis un terme au versement de prestations de l'assurance-accident au 24 juillet 2011. Elle a en effet considéré que l'incapacité de travail et le traitement médical de l'assurée étaient à la charge de l'assurance-maladie à compter de cette date, en particulier sur la base de l'évaluation neurologique établie par le docteur H_____, spécialiste FMH en neurologie, le 1^{er} juillet 2011, suite à un examen de l'assurée en date du 30 juin 2011. Cette évaluation retenait un diagnostic de cervico-brachialgies droites purement irritatives et persistantes, sans atteinte neurogène périphérique à l'électroneuromyogramme (ENMG), et considérait qu'il n'y avait désormais plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident, mais seulement d'origine malade. A cet égard, le praticien relevait une certaine discordance entre l'importance apparente des plaintes de l'assurée et leur répercussion sur sa capacité de travail, d'une part, et d'autre part, le caractère objectivement modéré des anomalies cliniques, de sorte qu'il lui paraissait raisonnable d'évaluer la capacité de travail de l'assurée à 50% au moins, dans une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charge de plus de 10 kg et autorisant des changements relativement fréquents de position. A son sens, la capacité de travail devait redevenir complète dans les mois à venir.
10. Le 26 août 2011, l'assurée a déposé une demande de mesures professionnelles et de rente auprès de l'OAI. Il en ressortait qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 10 février 2011, qu'elle souffrait notamment d'une atteinte à l'ouïe ayant débuté en 2004, et qu'elle bénéficiait de suivis auprès du Dr F_____, pour une affection à la colonne cervicale, auprès de la Dresse E_____, pour l'ouïe, et auprès du docteur I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, pour un soutien psychiatrique.
11. Dans le cadre de l'instruction menée par l'OAI, les médecins en charge du suivi de l'assurée ont été appelés à se déterminer :
 - Dans un rapport du 27 septembre 2011, la Dresse E_____ faisait état d'un diagnostic de surdité et d'otite chronique à gauche depuis plusieurs années. Le pronostic était toutefois jugé bon et il n'y avait aucun effet limitatif sur la capacité de travail ;

- Dans un rapport du 10 novembre 2011, le Dr F_____ posait les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de cervicobrachialgies d'allure C5 à droite et non déficitaires, depuis février 2011; de spondylarthrose et discarthrose étagée (Modic I) de C4 à C7, depuis 2008; d'hypoaccousie bilatérale (totale à droite et de 60% à gauche); et d'état dépressif (F 32.9), depuis février 2011. Un traitement était en cours depuis la chute de l'assurée le 10 février 2011, qui avait entraîné une récurrence de ses douleurs cervicales irradiant dans l'épaule droite. Pour le praticien, il y avait objectivement des limitations fonctionnelles de la colonne cervicale et de l'articulation omo-humérale droite, une fatigabilité et des troubles de la concentration. La présence de douleurs invalidantes, associée à une fatigabilité accrue, rendaient alors impossible l'exercice d'une activité professionnelle s'étendant dans la durée, raison pour laquelle il avait déclaré l'assurée dans l'incapacité totale de travailler à compter du 10 février 2011. Le pronostic était à réévaluer. La reprise de l'activité professionnelle précédemment exercée était compromise, mais la reprise d'une autre activité professionnelle pouvait être attendue. Dans un rapport complémentaire du 5 février 2012, le praticien a indiqué que, théoriquement, la capacité de travail de l'assurée était complète dans un poste de travail tenant compte de ses limitations fonctionnelles ;
 - Dans un rapport du 11 octobre 2011, le Dr I_____ faisait état d'un diagnostic d'épisode dépressif moyen (F 32.1), sans effet sur la capacité de travail, depuis 2009, pouvant être mis en lien avec les problèmes physiques de l'assurée, qui l'empêchaient de retrouver du travail. Pour le praticien, le pronostic restait favorable, mais il dépendait toutefois de l'évolution des problèmes somatiques, soit d'un traitement efficace pour les cervicalgies et d'un appareillage adéquat pour la surdité, dès lors qu'ils avaient, eux, un effet sur la capacité de travail. Dans un rapport complémentaire du 19 décembre 2011, le praticien précisait qu'il n'y avait pas de limitations fonctionnelles par rapport à l'état dépressif, qui ne devait donc pas empêcher l'assurée de travailler ;
 - Invité également à se déterminer, dans un rapport du 31 octobre 2011, le docteur J_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, indiquait les diagnostics, avec effet sur la capacité de travail, de discarthrose C4-C7 avec œdème osseux et d'hernie discale C4-C5 conflictuelle, et les diagnostics, sans effet sur la capacité de travail, d'uncarthrose avec rétrécissement foraminaux et de discarthrose étagée lombaire. Il jugeait le pronostic mauvais et la capacité de travail nulle dans toutes les activités dès 2010, ce qu'il a encore confirmé dans un rapport complémentaire du 28 novembre 2011, estimant les limitations fonctionnelles de l'assurée totales.
12. Dans un rapport intermédiaire du 15 octobre 2012, le Dr F_____ indiquait que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire. Selon le praticien, le pronostic

dépendait toujours en grande partie des possibilités thérapeutiques ORL. La capacité de travail demeurait nulle, mais devait être réévaluée.

13. Le 15 octobre 2013, une nouvelle expertise concernant l'ouïe de l'assurée a été effectuée par le docteur K_____, spécialiste FMH en ORL et médecin chef de clinique auprès du laboratoire d'audiologie ORL des HUG, laquelle maintenait les diagnostics de déficit de perception à gauche (54.6%) et de cophose à droite (100%).
14. A la demande de l'OAI, une expertise pluridisciplinaire a été rendue le 18 mars 2014 par le Centre d'expertises médicales de la Policlinique médicale universitaire (PMU) à Lausanne, à la suite des consultations spécialisées du docteur L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du docteur M_____, spécialiste FMH en ORL, et du Dr H_____. Cette expertise retenait comme diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques, dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés, sans compression radiculaire ou médullaire significative (M47.82), une surdité totale à droite (H91.9) et une surdité de perception à gauche de degré moyen à sévère, appareillée (H91.9), et comme diagnostic, sans influence essentielle sur la capacité de travail, un état dépressif léger (F32.0). Sur le plan fonctionnel, tant d'un point de vue rhumatologique que neurologique, les troubles dégénératifs objectivés aux diverses IRM cervicales réalisées représentaient une contre-indication à l'activité d'ouvrière en horlogerie exercée auparavant. Par contre, dans une activité adaptée ne nécessitant pas de travail en position fixe de la colonne cervicale, le port régulier de charges supérieures à 10 kg, un engagement physique lourd, mais permettant un changement fréquent de position, une capacité de travail à 100% pouvait être exigible. Sur le plan otoneurologique, la capacité de travail pouvait être considérée comme complète dans une activité peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale. Dans ce cadre, l'activité d'éducatrice pour la petite enfance n'était plus exigible. L'activité d'employée d'horlogerie était théoriquement possible avec certains aménagements, à savoir en gardant l'appareil si le milieu n'était pas trop bruyant, ou sans appareil si l'environnement était bruyant, mais avec, dans ce cas, l'impossibilité d'une bonne communication verbale. Dans ce contexte, une réorientation professionnelle dans une activité adaptée au handicap auditif était à envisager. Enfin, sur le plan psychiatrique, aucune limitation fonctionnelle n'était retenue, dès lors que l'assurée démontrait des capacités d'adaptation élevées et une aptitude à trouver les ressources nécessaires à une réinsertion professionnelle tenant compte des limitations fonctionnelles somatiques. Globalement, l'expertise concluait au fait que la capacité résiduelle de l'assurée était nulle dans les deux anciennes activités exercées auparavant. En effet, l'activité d'ouvrière en horlogerie n'était pas adaptée aux troubles statiques dégénératifs cervicaux étagés et l'activité d'éducatrice pour la petite enfance n'était plus exigible, cette activité se déroulant habituellement dans un niveau sonore trop exigeant pour son audition. Cependant, dans une activité

adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail de l'assurée pouvait être de 100%.

15. Dans un avis du 1^{er} juillet 2014, la doctoresse N_____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR), a retenu comme atteinte à la santé une cervicalgie chronique dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs discovertébraux, une surdité totale à droite et une surdité de perception à gauche, appareillée. Les limitations fonctionnelles retenues étaient les suivantes : pas de port régulier de charge de plus de 10 kg, pas d'activité nécessitant une position fixe de la colonne cervicale, pas d'engagement physique lourd et une activité permettant des changements fréquents de position. Une incapacité de travail totale était reconnue depuis le 10 février 2011. Toutefois, une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée pouvait être exigée à compter du 30 juin 2011, date de l'examen neurologique du Dr H_____ retenant une origine malade, et non plus accidentelle, des atteintes de la recourante. La praticienne recommandait ainsi de suivre l'estimation des experts.
16. Le 25 juillet 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision, dont il ressortait qu'il entendait lui nier le droit à un reclassement et à une rente, aux motifs que son degré d'invalidité était inférieur aux 20% requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement et aux 40% requis pour l'ouverture du droit à la rente. En effet, l'OAI a retenu que l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler depuis le 10 février 2011, mais qu'il était médicalement admis qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles était raisonnablement exigible de sa part, à hauteur de 100%, dès le 30 juin 2011. Ce faisant, l'OAI a déterminé que le degré d'invalidité présenté par l'assurée était de 10%, en comparant le revenu annuel raisonnablement exigible d'elle sans invalidité, soit CHF 53'239.-, sur la base de l'Enquête Suisse sur la structure des Salaires (ESS) 2010, tableau TA1, tous secteurs confondus, pour une activité simple et répétitive (niveau 4), actualisé à 2011 au moyen de l'Indice Suisse des Salaires nominaux (ISS), avec le revenu annuel raisonnablement exigible d'elle avec invalidité, soit CHF 47'915.-, sur la même base, et compte tenu de la réduction de 10% qui pouvait être accordée au vu de ses limitations fonctionnelles. De l'avis de l'OAI, les autres critères habituellement admis ne permettaient pas de réduction supplémentaire.
17. En date du 15 septembre 2014, l'assurée a contesté ce projet de décision, en tant qu'il lui refusait un reclassement, estimant qu'il ne tenait pas compte de l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, apparaissait incompréhensible pour les différents médecins qui la suivaient, et que le calcul effectué pour déterminer son taux d'invalidité était erroné. En effet, elle relevait que, tant les experts que les médecins, étaient arrivés à la conclusion que sa capacité de gain était nulle dans les activités d'éducatrice de la petite enfance et d'ouvrière horlogère, et qu'un reclassement professionnel s'imposait. En outre, contrairement à ce que retenait l'OAI, son revenu sans invalidité devait se baser sur sa dernière activité

professionnelle en tant que polisseuse, soit un salaire horaire de CHF 29.04 et 40 heures de travail par semaine, ce qui correspondait à un revenu mensuel de CHF 5'030.- (29.04 x 40 x 4.33) et à un revenu annuel de CHF 60'357.-, conformément à l'attestation produite, établie par son employeur à l'attention de l'assurance chômage le 30 mars 2009. Ainsi, il résultait de la comparaison entre ce revenu et le revenu avec invalidité retenu par l'OAI de CHF 47'915.-, une perte de gain de CHF 12'442.-, ce qui correspondait à un degré d'invalidité de 20.6%. Dès lors, l'assurée concluait au fait qu'un reclassement professionnel lui avait été refusé à tort, étant relevé qu'elle ne prétendait alors pas à une rente. A l'appui de ses déterminations, elle a encore produit les documents médicaux suivants :

- Un rapport adressé par le Dr F_____ à l'OAI le 8 août 2014, relevant qu'une activité professionnelle adaptée semblait exigible de l'assurée, mais que ses perspectives professionnelles apparaissaient très sombres sans mesures de reclassement, et contestant dans ce sens le projet de décision rendu ;
- Un constat d'évaluation du Dr J_____ du 1^{er} septembre 2014, suite à un examen médical de l'assurée du 13 août 2014, mettant en exergue un changement important par rapport à la consultation effectuée en février 2011, à savoir que l'assurée était fatiguée, cernée, d'allure dépressive, plaintive au niveau des deux mains, surtout à droite, de la colonne cervicale et parlait de douleurs insomniantes, et mentionnant qu'aucune amélioration de l'hypocousie n'était intervenue. A l'examen, les rotations, droite et gauche, étaient limitées, l'inclinaison s'arrêtait à 10° à gauche, 5° à droite, était douloureuse, et un syndrome sensitif et déficitaire C4 – C5 droit était présent. Il y avait également la présence de trémor occasionnel et une diminution de la force au niveau de la main droite, non évaluable, car variable et très dépendante de la douleur. L'IRM réalisée le 14 août 2014 révélait les mêmes discopathies étagées de C4 jusqu'à C7 et avec des modifications de C4 – C5, C5 – C6, tandis qu'au niveau de C6 – C7, il existait une discopathie plus évoluée, avec une atteinte plus importante de la partie droite du disque, où l'on observait des anomalies type Modic I symptomatique, ainsi qu'une ébauche de uncarthrose gauche de C5 à C7, sans conflit radiculaire gauche. Ainsi, si le manque de précisions dans le geste ne pouvait pas trop affecter la réalisation du travail de polisseuse de l'assurée, la douleur engendrée pour effectuer ce travail, et en particulier lors des mouvements de la main, du poignet, du coude et de l'épaule, rendait le rendement nul. Dès lors, pour le Dr J_____, un reclassement professionnel était exigible, pour un travail ne nécessitant pas le concours de la main droite et interdisant le port de poids. Aucun moyen auxiliaire, médical, technique et aucune opération chirurgicale ne pouvait, à son sens, améliorer le rendement dans l'activité habituelle de l'assurée ;
- Un rapport du Dr I_____ du 3 septembre 2014, indiquant que l'état psychique de l'assurée s'était nettement péjoré, à la suite du projet de décision rendu le 25 juillet 2014. En outre, à la même période, une aggravation de sa surdité à

gauche était également survenue, selon les informations dont le praticien disposait. La péjoration de l'état psychique de l'assurée avait nécessité l'introduction d'un traitement antidépresseur. De l'avis du praticien, une activité professionnelle adaptée aux handicaps de l'assurée, laquelle pouvait être offerte dans le cadre de l'assurance-invalidité, était une condition essentielle pour le maintien, voire une amélioration de son équilibre psychique.

18. Par décision du 17 octobre 2014, l'OAI a confirmé les conclusions de son projet du 25 juillet 2014, refusant à l'assurée le droit à un reclassement et à une rente d'invalidité. Toutefois, l'OAI a revu le revenu sans invalidité de l'assurée à un montant annuel de CHF 55'757.- ($29.04 \times 40 \times 48$), actualisé à CHF 56'893.- au vu de l'ISS en 2011. La perte de gain s'élevait alors à CHF 8'978.-, soit à un degré d'invalidité de 16%, lequel demeurait cependant inférieur aux 20% requis pour l'ouverture d'un droit au reclassement et aux 40% requis pour l'ouverture du droit à la rente.
19. Le 20 novembre 2014, l'assurée, représentée par un conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant principalement, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le mois de février 2011, subsidiairement, à un reclassement, et plus subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI afin qu'une nouvelle décision, dans le sens de ses considérants, soit prise. En substance, elle soutenait avoir droit à une rente entière d'invalidité, au vu de son incapacité durable de travail à 100%, en raison de ses nombreuses limitations fonctionnelles, et ce à compter du mois de février 2011. En effet, si sa capacité de travail pouvait être théoriquement de 100% dans une activité adaptée, en pratique, au vu du nombre et de l'importance de ses limitations fonctionnelles, elle n'était pas en mesure de trouver une telle activité. A cet égard, elle s'est principalement basée sur les rapports du Dr J_____ du 31 octobre 2011, du Dr F_____ du 10 novembre 2011, et sur l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, lesquels constataient que sa capacité de travail dans les activités de polisseuse et d'éducatrice pour la petite enfance était nulle, et qu'elle ne serait entière que dans une activité respectant ses nombreuses limitations fonctionnelles. Toutefois, si une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles devait malgré tout être retenue, la recourante soutenait, à tout le moins, avoir droit à un reclassement. Sur ce point, elle relevait que son dernier salaire, pour son activité de polisseuse, courant 2008, s'élevait mensuellement à CHF 5'029.75 ($29.04 \times 40 \times 4.33$), soit à un revenu annuel de CHF 60'357.- ($5'029.75 \times 12$). Après indexation, selon l'ISS, ce salaire s'élevait à CHF 62'723.40, étant rappelé que l'année de prise en compte pour l'évaluation de l'invalidité était l'année 2011. S'agissant du revenu avec invalidité, il y avait lieu de prendre en compte les salaires mensuels retenus de l'ESS 2010, tableau TA1, sous-catégorie total, soit CHF 4'225.- mensuellement, équivalant à un revenu annuel de CHF 50'700.- ($4'225.- \times 12$). Toutefois, il convenait de réduire ce salaire annuel pour prendre en compte les circonstances du cas d'espèce, à savoir notamment les importantes limitations fonctionnelles de la

recourante, le fait qu'elle soit âgée de 44 ans et titulaire d'un permis C, ainsi que sa courte carrière, à hauteur de 25%. Dès lors, le revenu annuel brut de la recourante, avec invalidité, s'élevait annuellement à CHF 38'025.- et la perte de gain subie était de CHF 24'698.40. Le degré d'invalidité était ainsi de 39.4%, soit largement supérieur au seuil des 20% requis, de sorte que des mesures de reclassement devaient être ordonnées.

20. Dans sa réponse du 16 décembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. En effet, d'une part, il n'y avait aucun motif de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, laquelle concluait à une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit toute activité sédentaire sérielle légère. L'intimé remarquait du reste que la recourante ne remettait nullement en cause la valeur probante de cette expertise. D'autre part, le revenu mensuel sans invalidité de CHF 5'029.-, allégué par la recourante, n'était pas correct. Il observait que, selon l'extrait des comptes individuels (ci-après les CI), le revenu de celle-ci s'était élevé en 2008 à CHF 42'856.- pour 10 mois, soit CHF 4'285.- par mois, ce qui correspondait à un revenu annuel de CHF 51'427.- et non pas CHF 60'357.-. Quant au revenu avec invalidité, l'intimé considérait qu'il convenait de tenir compte d'un horaire hebdomadaire de travail de 41.6 heures (moyenne statistique) au lieu des 40 heures de travail pris en compte par l'ESS. Ainsi, une fois cette correction opérée, le revenu déterminant, avec invalidité, était de CHF 52'728.- pour l'année 2010 et non pas de CHF 50'700.-. Seules les limitations fonctionnelles pouvaient, par ailleurs, être prises en compte comme facteur de réduction et ce, à hauteur d'un taux maximum de 10%. Pour le reste, le fait d'être au bénéfice d'un permis C ne justifiait pas de réduire le revenu avec invalidité. Le critère du taux d'activité n'était également déterminant, puisque ce dernier était de 100% en l'occurrence. L'âge de l'assurée en 2011, année prise en compte pour la comparaison des revenus, à savoir 41 ans, n'était pas non plus susceptible d'entraîner une réduction sur les salaires statistiques. Enfin, la perte de l'avantage de nombreuses années de service, et ainsi une réduction sur le salaire statistique à titre de compensation dans l'exercice d'une nouvelle activité, ne pouvait être pris en considération, la recourante n'ayant travaillé qu'une année comme polisseuse avant son invalidité. Dans ces conditions, l'intimé maintenait que le seuil de 20% d'invalidité, ouvrant le droit à un reclassement professionnel, n'était pas atteint et que les éléments apportés par la recourante ne permettaient pas une appréciation différente du cas.
21. Par réplique du 23 janvier 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle s'est notamment étonnée du fait que, dans sa réponse du 16 décembre 2014, l'intimé considérait que son revenu sans invalidité s'élevait à un montant de CHF 51'427.-, alors que, dans sa décision du 17 octobre 2014, il avait retenu un montant de CHF 56'893.-.
22. Dans sa duplique du 12 février 2015, l'intimé a également maintenu ses conclusions. Il relevait encore que toutes les activités sérielles sédentaires légères

respectaient entièrement les limitations fonctionnelles de la recourante. Par ailleurs, s'agissant du revenu sans invalidité de cette dernière, il précisait que celui-ci s'élevait hebdomadairement à CHF 1'161.60, son dernier salaire horaire étant de CHF 29.04. Ainsi, annuellement, avec quatre semaines de vacances par année, ce montant s'élevait à CHF 55'757.-, comme mentionné dans la décision attaquée. Toutefois, selon les CI, le salaire était encore moindre (CHF 42'856.- pour dix mois, soit CHF 4'285.- par mois ou CHF 51'420.- par année), et en aucun cas de CHF 60'357.-. En outre, l'intimé rappelait qu'il était de jurisprudence constante de ramener le revenu établi selon l'ESS à la durée statistique moyenne de travail qui n'était pas de 40 heures à l'époque du calcul, mais bien de 41.6 heures.

23. Le 20 avril 2015, après avoir constaté que le Dr J_____ faisait notamment état, dans son rapport du 1^{er} septembre 2014, d'un « changement important » chez la recourante et d'une « discopathie plus évoluée avec atteinte plus importante de la partie droite du disque », sur la base de l'IRM réalisé le 14 août 2014, la chambre de céans a requis dudit praticien qu'il se détermine sur l'existence d'une éventuelle aggravation de l'état de santé de la recourante.
24. Le 6 mai 2015, le Dr J_____ a répondu que son dernier contact avec la recourante remontait au 13 août 2014, suite à quoi il avait établi le rapport du 1^{er} septembre 2014. Il ne pouvait ainsi pas se déterminer sur une quelconque aggravation de son état de santé.
25. Toutefois, le 22 mai 2015, le Dr J_____ a indiqué à la chambre de céans avoir revu la recourante le 20 mai 2015. Il a alors pu constater qu'aucune amélioration n'était intervenue par rapport à la situation observée en août 2014. Il précisait, en particulier, que l'aggravation était dans la plainte. La recourante était de plus en plus sourde, présentait une exacerbation des douleurs au niveau du cou, du trapèze et des deux membres supérieurs, avec plus de rigidité à la rotation et aux inclinaisons cervicales. Il n'y avait cependant pas de nouveaux diagnostics. A son sens, il y avait une limitation fonctionnelle complète, étant donné que les mouvements s'accompagnaient aussi de trémor. Par ailleurs, il était un peu aléatoire de chercher dans le temps et l'espace une activité plus agréable et moins fatigante que polisseuse de montres. Si, dans cette dernière activité, il y avait un rendement nul, aucune autre activité ne pouvait avoir de meilleur rendement, de l'avis du praticien. Il soulignait, enfin, que le rendement était nul, en raison de l'imprécision du mouvement, mais surtout à cause des douleurs, qui conduisaient à arrêter le travail.
26. Par courrier du 26 mai 2015, la recourante a indiqué que le Dr J_____ était le seul praticien à la suivre sur le plan orthopédique et qu'il avait constaté une péjoration de son état de santé lors de sa consultation du 20 mai 2015, tout comme le Dr K_____ à sa consultation du 19 mai 2015. A cet égard, elle produisait un rapport établi par ce dernier praticien le 20 mai 2015, indiquant notamment que l'audiogramme tonal réalisé lors de la consultation montrait une cophose à droite, déjà connue, ainsi qu'un CPT (Barème du « Council on Physical Therapy ») de 82%

à gauche. Il y avait ainsi une péjoration du CPT, qui était à 66% le 2 septembre 2014.

27. Le 3 juin 2015, la recourante a encore produit un certificat médical du Dr F_____ du 30 mai 2015. Dans ce rapport, le praticien indiquait notamment que l'évolution médicale était stationnaire dans le domaine rhumatologique, avec une persistance des cervico-brachialgies droites, s'inscrivant dans le cadre d'une spondylodiscarthrose étagée de la colonne cervicale. Sur le plan otologique, il relevait que la recourante rapportait une péjoration progressive de son hypoacousie gauche, malgré l'utilisation de son système auditif. A cet égard, il remarquait que l'audiogramme tonal effectué le 19 mai 2015 par le Dr K_____ objectivait une péjoration de l'audition à gauche (CPT de 82% contre 66% le 2 septembre 2014). En outre, il notait une nette aggravation du trouble dépressif, en lien d'une part avec la dégradation du status otologique, mais également avec le refus d'octroi de toute mesure de réadaptation professionnelle par l'assurance-invalidité. La perspective d'une aggravation ultérieure de l'état otologique était également difficilement acceptable pour la recourante et se traduisait par un isolement social progressif, ainsi qu'une incapacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne, qui étaient donc essentiellement à la charge de son mari. Pour le Dr F_____, il était difficilement envisageable que la recourante réintègre le monde du travail, y compris dans une activité adaptée, sans la participation de l'assurance-invalidité à des mesures de reclassement professionnelles tenant compte de son invalidité. En effet, à son sens, la recourante ne possédait pas les ressources psychiques nécessaires qui lui permettraient de surmonter seule ses handicaps et de réintégrer une nouvelle filière professionnelle.
28. Dans des déterminations du 19 juin 2015, la recourante relevait, de plus, qu'il ressortait du constat médical du Dr J_____ du 22 mai 2015 que sa capacité de travail était nulle, aussi bien dans son activité antérieure que dans une activité adaptée, tout comme son rendement. A cet égard, elle remarquait que les explications du Dr J_____ correspondaient à celles contenues dans le constat médical du Dr F_____ du 30 mai 2015, duquel il ressortait, plus particulièrement, qu'elle n'était pas en mesure de réintégrer le monde du travail, y compris dans une activité adaptée.
29. Le 22 juin 2015, l'intimé a maintenu sa position, sur la base de l'avis médical établi par la docteure O_____, médecin FMH auprès du SMR, le 16 juin 2015. Dans ce document, la praticienne constatait que le rapport médical du Dr J_____ du 22 mai 2015 mettait en avant, comme seul nouvel élément, l'apparition d'un trémor, sans plus de précision concernant son siège, son ampleur, les conditions de survenues, une origine possible et la mise en route d'un traitement éventuel. Cependant, à son sens, la seule mention d'un trémor, sans diagnostic étiologique, ne permettait pas de retenir une aggravation manifeste et durable de l'état de santé. A cet égard, elle précisait qu'un trémor était fréquemment une manifestation isolée, ne s'intégrant pas dans le cadre d'une maladie neurologique plus vaste. Ce tremblement

restait, en principe, compatible avec des activités ne nécessitant pas de mouvements fins. La praticienne relevait enfin qu'il avait déjà été retenu que l'activité de polisseuse en horlogerie n'était plus exigible, ce qui sous-entendait que l'activité adaptée ne devrait pas exiger des mouvements précis avec les membres supérieurs. Dans ce contexte, le dernier rapport du Dr J_____ n'apportait aucune information susceptible de modifier les conclusions du SMR du 1^{er} juillet 2014, qui restaient ainsi entièrement valables.

30. Le 23 juillet 2015, la recourante a produit un rapport établi par le docteur P_____, spécialiste FMH en neurologie, le 16 juillet 2015, suite à un examen neurologique complet effectué le 14 juillet 2015. Dans son rapport, le praticien observait qu'au vu de l'IRM du 14 août 2014, la recourante présentait une discopathie C4-C5, C6-C7, ainsi qu'une ébauche d'uncarthrose C5-C6-C7, lesquels étaient préexistants à son accident du 10 février 2011. Il soulignait l'évolution de la discopathie au niveau C5-C7, avec une atteinte plus importante de la partie droite du disque et des anomalies de type inflammatoire des plateaux vertébraux C6-C7. L'empreinte méningée était limite, dans la mesure où elle ne touchait pas encore la moelle épinière. En conclusion, il relevait que la recourante souffrait indéniablement de cervico-brachialgies, avec un syndrome irritatif sévère dû à sa discopathie, surtout au niveau C6-C7, laquelle avait évolué par rapport au précédent examen, et soulignait la pré-existence d'une légère uncarthrose. Il recommandait ainsi de réaliser une nouvelle IRM cervicale, en vue d'une étude comparative. A son sens, l'exercice d'une activité, même adaptée, par la recourante, semblait impensable, compte tenu, d'une part, de sa surdité totale à l'oreille droite et à 80% à l'oreille gauche, qui empêchait la communication, et, d'autre part, de sa cervicalgie sévère, qui empêchait toute manipulation et port de charge. Dès lors, de l'avis du praticien, une quelconque réinsertion professionnelle semblait, en l'état, extrêmement problématique. S'agissant du tremblement, le praticien indiquait qu'il était dû à la douleur cervico-brachiale, mais qu'il n'était pas essentiel ou intentionnel. Il n'y avait, en particulier, pas de signe de maladie de Parkinson. En outre, le Dr P_____ relevait qu'il y avait en plus un état anxio-dépressif qui s'était installé, au vu des douleurs chroniques et des tribulations auxquelles la recourante était soumise pour sa réinsertion professionnelle. La recourante observait ainsi que, tant le Dr F_____ que le Dr P_____, considéraient sa capacité de travail nulle, y compris dans une activité adaptée. Elle persistait dès lors dans les conclusions de son recours du 20 novembre 2014.
31. Dans des observations finales du 28 août 2015, l'intimé a produit un avis médical de la Dresse O_____ du 6 août 2015, relevant en substance que, sur le plan objectif, il n'existait pas d'éléments permettant d'affirmer la présence d'une aggravation manifeste et durable de l'atteinte cervicale depuis l'expertise de la PMU de mars 2014. De l'avis de la praticienne, le fait que le Dr P_____ estime une réinsertion professionnelle problématique, au vu des répercussions de l'atteinte cervicale, de la surdité et de l'état dépressif réactionnel, n'était qu'une interprétation différente d'un

même état de fait. En conclusion, sur la base de la seule IRM d'août 2014, la Dresse O_____ considérait qu'il n'y avait pas d'élément permettant de retenir une aggravation de l'état de santé antérieure à la décision contestée. Par ailleurs, elle observait que le rapport d'examen neurologique du Dr P_____ ne suggérait pas une aggravation clinique manifeste par rapport aux constatations de l'expertise de la PMU. Partant, l'intimé maintenait également ses conclusions.

32. Une copie de cette dernière écriture a été transmise à la recourante, ensuite de quoi, 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. a. 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).

b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c. En l'espèce, la décision litigieuse du 17 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives aux révisions précitées, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière

d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours du 20 novembre 2014, contre la décision du 17 octobre 2014, adressée par pli postal et vraisemblablement reçue le 21 octobre 2014 par la recourante (timbre sur la décision), est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une mesure d'ordre professionnel sous forme de reclassement, singulièrement sur sa capacité de travail et son degré d'invalidité.
5. a. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

b. 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).
6. 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).

c. 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).

d. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e. 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).

f. On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351

consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

7. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
8. Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 366 consid. 1b et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et la référence).
9. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante présente une capacité de travail nulle, tant dans son emploi précédent d'éducatrice pour la petite enfance que dans sa dernière activité de polisseuse en horlogerie, et ce depuis le 10 février 2011.

Seule demeure litigieuse l'évaluation de sa capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

En effet, dans la décision attaquée, l'intimé a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, soit toutes activités sérielles légères, dès le 30 juin 2011, sur la base de l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2014, se fondant essentiellement sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 18 mars 2014.

La recourante considère, pour sa part, posséder une capacité de travail résiduelle nulle dans toutes les activités, au vu de ses nombreuses et importantes limitations fonctionnelles, en se basant principalement sur les avis des Drs J_____, F_____

et P_____. A tout le moins, si l'exercice d'une activité adaptée devait être exigée de sa part, elle estime avoir le droit à des mesures de reclassement.

10. a. Se pose, dès lors, la question de la valeur probante de l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, dans la mesure où, quand bien même la recourante ne conteste pas son contenu en soi, elle s'oppose à ses conclusions, en se basant sur les appréciations divergentes des Drs J_____, F_____ et P_____.

L'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014 retient comme diagnostics, avec influence essentielle sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques, dans le contexte de troubles statiques et dégénératifs discovertébraux pluri-étagés, sans compression radiculaire ou médullaire significative, une surdité totale à droite et une surdité de perception à gauche, de degré moyen à sévère, appareillée, et comme diagnostic, sans influence essentielle sur la capacité de travail, un état dépressif léger. Ce faisant, elle conclut à une capacité de travail de la recourante de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir dans une activité ne nécessitant pas de travail en position fixe de la colonne cervicale, le port régulier de charges supérieures à 10 kg, un engagement physique lourd, permettant un changement fréquent de position et peu exigeante pour l'audition, soit de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale.

La chambre de céans observe, de prime abord, que cette expertise se base sur le dossier médical de la recourante et son examen physique. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont prononcés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. L'expertise réalisée est ainsi conforme aux réquisits jurisprudentiels permettant de lui conférer une pleine valeur probante.

- b. Encore faut-il examiner si d'autres avis médicaux commandent de s'écarter des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, retenant une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

A cet égard, sans remettre en cause les diagnostics et les limitations fonctionnelles retenus par les experts, la recourante fait valoir que sa capacité de travail est nulle aussi bien dans ses activités antérieures que dans une activité adaptée, à la teneur des rapports du Dr J_____ des 31 octobre 2011 et 22 mai 2015.

De même, elle soutient que, selon les rapports du Dr F_____ des 10 novembre 2011 et 30 mai 2015, elle n'est pas en mesure de réintégrer le monde du travail, y compris dans une activité adaptée.

Enfin, elle relève que, dans son rapport du 16 juillet 2015, le Dr P_____ considère également que sa capacité de travail est nulle, même dans une activité adaptée, en raison, d'une part, de sa surdité, qui empêche toute communication, et, d'autre part, en raison de sa cervicalgie sévère, qui empêche toute manipulation et port de charge.

Or, force est de constater que, dans son rapport du 22 mai 2015, le Dr J _____ indique certes qu'il y a une aggravation, mais qu'elle est dans la plainte, et confirme qu'il n'y a pas de nouveaux diagnostics, malgré l'apparition d'un trémor, depuis son dernier examen en août 2014. A cette période, il soutenait encore qu'un reclassement professionnel se justifiait dans une activité ne nécessitant pas le concours de la main droite et interdisant le port de poids, selon son rapport du 1^{er} septembre 2014. Ainsi, même s'il estime, dans son dernier rapport du 22 mai 2015, que les possibilités pour la recourante de retrouver une activité professionnelles sont compromises, au vu de ses limitations fonctionnelles, le praticien n'objective pas d'aggravation remettant en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014.

En ce qui concerne l'appréciation du Dr F _____, il sied d'observer que, dans son rapport du 30 mai 2015, le praticien indique que l'évolution médicale de la recourante est stationnaire dans le domaine rhumatologique et maintient son avis, selon lequel une réinsertion professionnelle serait difficile sans mesures de reclassement. A cet égard, dans son rapport du 8 août 2014, le Dr F _____ relevait déjà qu'une activité professionnelle adaptée semblait exigible de l'assurée, moyennant des mesures de reclassement professionnelles. Dans son rapport du 5 février 2012, il indiquait même que, théoriquement, la capacité de travail de la recourante était complète dans un poste de travail tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Encore, dans son rapport du 10 novembre 2011, il n'excluait pas la reprise d'une autre activité professionnelle que les activités précédemment exercées par la recourante. Ainsi, l'avis du Dr F _____ ne se démarque pas des conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée, mais les rejoint manifestement.

Quant au Dr P _____, il convient de relever que, dans son rapport du 16 juillet 2015, il n'ajoute rien aux constatations du Dr J _____ du 1^{er} septembre 2014, à l'issue desquelles ce dernier praticien se prononçait en faveur d'un reclassement professionnel, et maintenait les mêmes diagnostics, selon son rapport du 22 mai 2015. Pour le surplus, s'agissant du trémor, le Dr P _____ explique qu'il est dû à la douleur cervico-brachiale, mais confirme qu'il n'est pas essentiel.

Certes, concernant l'ouïe de la recourante, il y a lieu de reconnaître qu'une aggravation a été objectivée à l'oreille gauche, par l'audiogramme tonal réalisé à la consultation du Dr K _____ le 19 mai 2015, avec un CPT de 82%, contre 66% le 2 septembre 2014. Toutefois, le praticien n'indique pas que cette aggravation aurait une incidence sur les limitations fonctionnelles déjà retenues concernant ce déficit, dans l'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014, à savoir une activité peu exigeante pour l'audition, soit de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où une telle aggravation est mise en évidence après la décision attaquée du 17 octobre 2014, il ne peut en être tenu compte dans le cadre de la présente procédure. Il appartiendra à la recourante de déposer une nouvelle demande concernant cette atteinte, s'il devait

être établi médicalement que cette aggravation a un effet supplémentaire sur sa capacité de travail.

Enfin, sur le plan psychiatrique, dans son rapport du 30 mai 2015, le Dr F_____ mentionne une nette aggravation du trouble dépressif de la recourante. Toutefois, le praticien ne fait pas état d'une incidence de cette aggravation sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée. Au contraire, comme relevé précédemment, il estime une réinsertion professionnelle possible, moyennant des mesures de reclassement. Quoiqu'il en soit, on observera que le Dr F_____ n'est pas psychiatre et que les spécialistes consultés jusqu'ici n'ont pas décelé d'atteinte psychiatrique invalidante. En effet, dans ses rapports des 11 octobre et 19 décembre 2011, le Dr I_____ faisait état d'un épisode dépressif moyen, sans effet sur la capacité de travail. L'expertise pluridisciplinaire du 18 mars 2014 indiquait qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Par la suite, dans son rapport du 3 septembre 2014, le Dr I_____ ne mentionnait pas non plus de limitation sur le plan psychiatrique et recommandait l'exercice d'une activité professionnelle adaptée aux handicaps physiques de la recourante, afin d'améliorer son état psychique.

Par conséquent, il apparaît que les avis des différents médecins traitants de la recourante ne sont pas propres à remettre en cause les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire rendue le 18 mars 2014, concluantes et convaincantes, de sorte que celles-ci peuvent être suivies. Ainsi, il y a lieu de retenir, comme l'a fait à juste titre l'intimé, que la recourante dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

D'ailleurs, on remarquera que, dans son évaluation neurologique du 1^{er} juillet 2011, réalisée dans le cadre de la procédure relative à l'assurance-accident, le Dr H_____ concluait à une capacité de travail de 50% au moins, dans une activité ne nécessitant pas un engagement physique lourd, le port régulier de charge de plus de 10 kg et autorisant des changements relativement fréquents de position, et pronostiquait une capacité de travail totale, dans une telle activité, dans les mois à venir.

c. Toutefois, s'agissant de la date à partir de laquelle une telle capacité de travail peut être retenue, les conclusions du SMR ne sauraient être suivies.

En effet, le SMR retient une capacité de travail totale de la recourante dans une activité adaptée, dès le 30 juin 2011, date de l'examen du Dr H_____ retenant une origine malade, et non plus accidentelle, des atteintes de la recourante.

Or, le Dr H_____ a clairement indiqué, à la date de cet examen, retenir une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, et de 100% dans les mois à venir. On ne saurait ainsi considérer, sur cette base, que la capacité de travail de la recourante était déjà totale le 30 juin 2011.

Cependant, dans un rapport du 5 février 2012, le Dr F_____ indiquait que, théoriquement, la capacité de travail de la recourante était complète dans un poste

de travail tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Par la suite, le Dr F_____ recommandait des mesures de reclassement, dans ses rapports des 8 août 2014 et 30 mai 2015, moyennant lesquelles une activité professionnelle adaptée pouvait ainsi être reprise. Cette évaluation de la capacité de travail de la recourante, établie par son médecin traitant, doit par conséquent être prise en compte.

Dans ces conditions, on admettra que la recourante dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée depuis le mois de février 2012.

11. Il sied dès lors de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante.
12. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

b. Selon les art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

c. Concernant les assurés qui exerçaient une activité lucrative à plein temps avant d'être atteints dans leur santé physique, mentale ou psychique, il convient d'appliquer la méthode générale de comparaison des revenus. Ainsi, pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 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).

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).

d. 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).

e. Quant au revenu d'invalidé, 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'invalidé 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).

Le niveau 4 de qualification des ESS s'applique en principe à toutes les assurées qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurées, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'elles seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (ATF non publié 9C_444/2010 du 20 décembre 2010, consid. 2.3).

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; arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

f. Selon la jurisprudence, le résultat exact du calcul du degré d'invalidité doit être arrondi au chiffre en pour cent supérieur ou inférieur selon les règles applicables en

mathématiques. En cas de résultat jusqu'à x,49 %, il faut arrondir à x % et pour des valeurs à partir de x,50 %, il faut arrondir à x+1 % (ATF 130 V 121 consid. 3.2).

13. a. En l'occurrence, le droit éventuel à la rente est né au plus tôt en février 2012, dès lors que la demande de prestations a été déposée le 26 août 2011 et que le début de l'incapacité de travail durable déterminante, soit une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne depuis une année sans interruption notable, est présente depuis le 10 février 2011.

b. Depuis février 2012, comme examiné précédemment, la recourante dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée.

c. Pour déterminer le degré d'invalidité de la recourante, avec une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée, il convient ainsi de se placer en 2012, et non en 2011 comme l'ont considéré les parties.

d. S'agissant du revenu sans invalidité, les parties se sont référées, à juste titre, à la dernière activité de la recourante en 2008, soit à un salaire horaire de CHF 29.04 et à un nombre d'heures de travail par semaine de 40, selon les informations de l'employeur contenues au dossier. Il y a donc lieu de retenir que le salaire hebdomadaire de la recourante s'élevait à CHF 1'161.60 (29.04 x 40). Cependant, en annualisant le salaire de la recourante, les parties ont omis de tenir compte du fait que son salaire horaire comprenait déjà une indemnité vacances de 10.64%, correspondant à un droit aux vacances de 5 semaines (Christiane BRUNNER/Jean-Michel BÜHLER/Jean-Bernard WAEBER/Christian BRUCHEZ, Commentaire du contrat de travail, 3^e éd., 2004, p. 413). Il convenait ainsi de multiplier le revenu hebdomadaire par 47 (soit 52 semaines moins 5 semaines de vacances), afin d'obtenir le salaire annuel de la recourante en 2008, étant relevé que le salaire horaire comprenait également la part au 13^e salaire. Le revenu annuel de la recourante sans invalidité s'élevait donc à CHF 54'595.20 (29.04 x 40 x 47) en 2008. Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS en 2008 : 2499 et en 2012 : 2630), son revenu sans invalidité en tant que polisseuse de montre aurait été de CHF 57'457.10 en 2012 (54'595.20 x 2630/2499).

e. Concernant le salaire avec invalidité, dans la mesure où la recourante n'a pas repris une activité lucrative, c'est à juste titre que les parties se sont référées aux ESS.

Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, le salaire de référence est bien celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir CHF 50'700.- par année (CHF 4'225.- 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 handicaps 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 2012 (41,7 heures ; Office fédéral de la statistique – statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT), ce montant doit être porté à CHF 52'854.75 ($50'700 \times 41.7 : 40$) et à CHF 53'900.-, indexé à 2012 selon l'évolution des salaires en termes nominaux (ISS, en 2010 : 2579 et en 2012 : 2630 ; soit $52'854.75 \times 2630/2579$).

En outre, la prise en compte d'un abattement supplémentaire sur le salaire statistique n'est pas contestée, afin de tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante.

L'intimé a tenu compte d'un abattement de 10%, en retenant les limitations fonctionnelles suivantes, à la teneur de l'avis du SMR du 1^{er} juillet 2014 : pas de port de charge régulier de plus de 10 kg, pas d'activité nécessitant un travail en position fixe de la colonne cervicale, pas d'engagement physique lourd, et une activité permettant le changements fréquents de position.

La recourante requiert, quant à elle, la prise en compte de l'abattement maximal de 25 %.

On admettra, avec l'intimé, que seules les limitations fonctionnelles de la recourante peuvent être prises en compte à cet égard. En effet, l'âge de l'assurée en 2012, à savoir 42 ans, le faible nombre d'année de service auprès de son dernier employeur, de même que le fait qu'elle soit titulaire d'un permis C, ne sont pas des critères de nature à justifier un abattement supplémentaire.

Cependant, il convient de relever que la recourante rencontre également des limitations fonctionnelles en raison de son déficit d'ouïe, ce que le SMR ne semble pas avoir pris en considération. En effet, les experts ont expressément recommandé une activité peu exigeante pour l'audition, de préférence en milieu calme, avec peu de communication verbale.

Ainsi, au vu des nombreuses limitations fonctionnelles de la recourante et de leur importance, s'agissant d'une assurée rencontrant des difficultés, tant dans sa mobilité que dans ses capacités de communication, la chambre de céans estime qu'un abattement de 15% apparaît plus adéquat dans le cas d'espèce.

Le Tribunal fédéral a, par ailleurs, récemment confirmé un tel abattement, s'agissant d'un assuré présentant notamment des limitations fonctionnelles sous forme de travail de type semi-sédentaire, n'impliquant pas le port de charges excessives et permettant de varier les positions, et pour lequel seul l'exercice d'une activité légère restait donc possible (ATF 9C_637/2014 du 6 mai 2015 consid. 5).

Dans ces conditions, il se justifie de tenir compte d'un abattement de 15% et, ainsi, d'un revenu avec invalidité de CHF 45'815.-.

f. Partant, en procédant à la comparaison des salaires sans invalidité et avec invalidité, le degré d'invalidité de la recourante est 20.26, soit de 20% ($(57'457.10 - 45'815) \times 100 / 57'457.10$), taux qui ne donne pas droit à une rente.

-
14. Par conséquent, il y a lieu de constater que la capacité de travail de la recourante à 100% dans une activité adaptée ne lui donne pas le droit à une rente d'invalidité.
 15. Dans un second moyen, la recourante soutient avoir droit à des mesures de reclassement, ce qu'il convient encore d'examiner.
 16. a. Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée (al. 1^{er}). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2).

Le droit au reclassement suppose ainsi que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1^{er} LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI 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.

b. Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1).

c. Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1^{er} LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références).

Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000, p. 63, RCC 1984, p. 95).

17. En l'occurrence, comme examiné précédemment, la recourante présente un taux d'invalidité de 20%. Dès lors, le droit à un reclassement lui est ouvert.

Dans la mesure où il est établi que les activités précédemment exercées par la recourante, d'éducatrice pour la petite enfance et de polisseuse en horlogerie, ne sont plus raisonnablement exigibles de sa part, et que seule une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles peut aujourd'hui être exercée, une mesure de reclassement apparaît opportune.

On observera d'ailleurs que la plupart des médecins consultés se sont déterminés en faveur d'une telle mesure.

Ainsi, en particulier, dans ses rapports des 8 août 2014 et 30 mai 2015, le Dr F_____ relevait que les perspectives professionnelles de la recourante apparaissaient très sombres sans mesures de reclassement professionnelles.

Dans son rapport du 1^{er} septembre 2014, le Dr J_____ recommandait également un reclassement professionnel pour un travail ne nécessitant pas le concours de la main droite et interdisant le port de poids.

Encore, dans son rapport du 3 septembre 2014, le Dr I_____ conseillait la mise en œuvre d'une activité adaptée par le biais des mesures de l'assurance-invalidité.

18. Compte tenu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a nié à la recourante le droit à une rente, mais c'est à tort qu'il lui a refusé le droit à des mesures de reclassement.
19. Au vu de ce qui précède, le recours est en partie admis et la décision du 17 octobre 2014 est annulée, en tant qu'elle refuse à la recourante le droit à des mesures de reclassement. Ladite décision est confirmée pour le surplus.
20. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Pour le reste, étant donné que la procédure n'est plus gratuite depuis le 1^{er} juillet 2006 (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 400.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision de l'intimé du 17 octobre 2014, en tant qu'elle refuse à la recourante le droit à des mesures de reclassement.
3. Confirme ladite décision pour le surplus.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour nouvelle décision quant à la mise en œuvre du reclassement.
5. Condamne l'intimé à payer à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
6. Met un émolument de CHF 400.- 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