

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3932/2010

ATAS/440/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 22 mars 2012

3<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Madame M\_\_\_\_\_, domiciliée à Vernier, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître BAERTSCHI Karin

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1953, d'origine iranienne, est arrivée en Suisse en 1990. Infirmière de formation, elle a travaillé comme nettoyeuse à temps partiel de juin 1996 à août 2004 auprès de la société X\_\_\_\_\_ SA.
2. Le 7 février 2005, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après: l'OAI).
3. Dans un rapport du 30 mars 2005, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué un syndrome vertébral cervico-dorsal et dorso-lombaire récidivant sur troubles statiques, une fibromyalgie, une périarthrite scapulo-humérale (PSH) des deux épaules, un status après cure de tunnel carpien droit et gauche, un status après opération pour exostose du 5<sup>ème</sup> orteil droit, un status après cure d'épicondylite cubitale radiale avec transposition du nerf cubital et une dystonie neuro-végétative. Le médecin a conclu à une totale incapacité à exercer la profession de nettoyeuse depuis le 9 septembre 2003, précisant qu'en revanche, une activité ne demandant pas d'efforts physiques importants serait exigible de sa patiente à raison de 4 heures par jour.
4. L'OAI a mis en œuvre une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique auprès de son service médical régional (SMR). Dans leur rapport du 24 janvier 2007, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine interne, et la Dresse C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, ont conclu à des cervico-brachialgies bilatérales chroniques persistantes (conflit sous-acromial de l'épaule droite, épicondylalgies, épitrochléalgies bilatérales et status après cure de tunnel carpien et transposition du nerf cubital gauche), à des rachialgies communes et à un discret syndrome rotulien bilatéral. Ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique et estimé par ailleurs qu'il n'y avait pas d'arguments clairs en faveur d'une fibromyalgie. Les médecins du SMR ont admis une totale incapacité à exercer une activité manuelle telle que celle de nettoyeuse. Ils ont évalué la capacité de l'assurée à exercer en tant qu'infirmière à 30 % et celle à exercer une activité adaptée respectant certaines limitations fonctionnelles à 100 %.
5. Une enquête ménagère a conclu en date du 23 mai 2007 que l'assurée devait se voir reconnaître le statut de personne active (100 %).
6. Le 28 novembre 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de rejeter sa demande (tant de reclassement que de rente) motif pris d'un degré d'invalidité insuffisant (18 %).
7. Par pli du 14 janvier 2008, l'assurée a contesté ce projet, alléguant que c'était faire preuve de formalisme excessif que de lui refuser des mesures de reclassement

professionnel, ce d'autant plus que les médecins du SMR n'avait vu aucune contre-indication psychiatrique.

8. Par décision formelle du 21 janvier 2008, l'OAI a confirmé son refus de prestation. Il a estimé qu'il n'était pas indispensable à l'assurée d'exercer une activité professionnelle qualifiée pour lui permettre de récupérer la capacité de gain qui était la sienne avant l'invalidité. L'OAI a ajouté qu'au surplus, au vu des difficultés rencontrées par l'intéressée dans la pratique de la langue française, les chances de succès d'une mesure de reclassement n'étaient pas démontrées. Enfin, l'OAI a rappelé qu'un taux d'invalidité de 18 % était insuffisant pour ouvrir droit à ses prestations.
9. Saisi d'un recours interjeté par l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : le TCAS), statuant en date du 7 mai 2008 d'accord entre les parties, a donné acte à l'OAI de sa proposition de mettre en place des mesures professionnelles, l'y condamnant en tant que de besoin (ATAS/547/2008). En effet, l'OAI, par courrier du 3 avril 2008, avait proposé d'admettre partiellement le recours et de lui renvoyer le dossier afin qu'il étudie la question de savoir si des mesures professionnelles pouvaient être accordées - cas échéant, déterminer lesquelles.
10. L'OAI a donc repris l'instruction du dossier et un entretien s'est tenu le 23 septembre 2008 avec l'assurée, qui s'est déclarée prête à retravailler, expliquant qu'elle avait besoin de bouger, la vie à la maison lui étant insupportable. Elle s'est déclarée ouverte à toute activité légère, n'impliquant pas de rester debout.
11. Un stage d'observation professionnelle a été mis sur pied, du 24 novembre 2008 au 8 mars 2009, auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI).
12. En cours de stage, les EPI ont informé l'OAI que l'assurée était très souvent absente pour raisons de santé ou rendez-vous médicaux. Selon eux, elle n'était pas motivée et ne se projetait ni dans une future vie active, ni dans aucun avenir professionnel, car elle estimait ne pouvoir travailler. Focalisée sur sa douleur, l'assurée ne progressait pas dans les activités proposées ; son rendement n'était pas exploitable dans une économie normale. Les EPI ont émis l'avis qu'un stage en entreprise ne servirait à rien, d'autant que l'assurée estimait ne pouvoir assumer un tel stage.

Partant, l'OAI et les EPI ont décidé de mettre fin à la mesure le 14 janvier 2009, c'est-à-dire avant son terme prévu pour le 8 mars 2009 (rapport d'entretien téléphonique du 13 janvier 2009).

13. Du rapport rendu par les EPI le 6 mars 2009, il ressort que l'assurée a été absente 11 jours sur 31 pour cause de maladie (taux de présence : 65 %). Les maîtres de stage ont considéré que l'intéressée « n'était pas dans une démarche de reclassement professionnel ». Ils ont expliqué que, malgré plusieurs sollicitations et mises en

garde, l'assurée avait montré un engagement insuffisant, ce qui avait eu pour conséquence d'empêcher une observation professionnelle objective. Théoriquement, et pour autant que l'assurée en montre la volonté, elle serait quand même susceptible d'exercer une activité simple, légère et répétitive relevant du domaine industriel. Cependant, vu son efficacité et sa productivité insuffisantes, l'assurée n'était pas réinsérable dans le circuit économique normal et incapable d'élaborer un projet de réinsertion professionnelle.

14. Lors d'un entretien du 29 juillet 2009 entre l'OAI et l'assurée, cette dernière a indiqué que son état était stationnaire. Elle a invoqué des problèmes gynécologiques pour expliquer l'échec du stage et s'est déclarée prête à en effectuer un nouveau.
15. Dans un rapport du 24 décembre 2009, le Dr D\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assurée depuis août 2009, a rappelé les diagnostics déjà énoncés, a conclu à une totale incapacité à exercer la moindre activité et a proposé un nouvel examen médical par l'OAI.
16. Le 1<sup>er</sup> juillet 2010, le SMR a émis l'avis que l'échec des mesures d'orientation professionnelle était dû au manque de collaboration de l'assurée plutôt qu'à une aggravation de son état de santé.
17. Dans son rapport final de réadaptation professionnelle du 27 juillet 2010, l'OAI a précisé qu'en novembre 2009, l'assurée s'était plainte d'une augmentation des douleurs consécutives à l'accident dont elle avait été victime le 23 septembre 2009 (chute dans un bus), lequel avait entraîné une fracture de la 1<sup>ère</sup> côte à gauche. L'intéressée s'estimait totalement incapable de travailler.

L'OAI a conclu que la capacité théorique de l'assurée d'exercer à plein temps une activité manuelle légère, simple et répétitive n'était pas exploitable dans le circuit économique normal pour des raisons ne relevant pas de l'assurance-invalidité mais bien de l'attitude et du comportement de l'intéressée.

18. Le 10 août 2010, l'OAI, se fondant sur un taux d'invalidité de 30 %, a adressé à l'assurée un projet de décision lui refusant l'octroi de mesures d'ordre professionnel.
19. Par pli du 14 septembre 2010, l'assurée s'est opposée à ce projet en invoquant une totale incapacité de travail quelle que soit l'activité envisagée.
20. Le 14 octobre 2010, l'OAI a rendu une décision formelle de refus de mesures d'ordre professionnel. Invoquant l'avis des EPI, l'OAI a estimé que l'assurée conservait une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

21. Le 16 novembre 2010, l'assurée a interjeté recours auprès du TCAS - encore compétent - en concluant à ce que soit mise sur pied une expertise rhumatologique et psychiatrique et, principalement, à l'octroi d'une rente entière.

L'assurée soutient que son état de santé s'est aggravé, que l'avis exprimé par le SMR en janvier 2007 est obsolète, que l'avis du 1<sup>er</sup> juillet 2010, n'est pas suffisamment détaillé et qu'un nouvel examen aurait dû être ordonné.

À l'appui de sa position, la recourante produit un rapport du Dr D \_\_\_\_\_ daté du 8 novembre 2010 faisant état, outre les diagnostics précédemment retenus, de troubles anxio-dépressifs et d'un kyste douloureux au poignet droit. Selon le médecin, la fibromyalgie dont souffre sa patiente est au premier plan.

22. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 15 décembre 2010, a conclu au rejet du recours.

L'intimé soutient que le rapport du Dr D \_\_\_\_\_ ne démontre aucune modification notable de l'état de santé de la recourante, les diagnostics retenus étant similaires à ceux constatés par le SMR en 2007.

S'agissant du diagnostic de fibromyalgie, l'intimé considère que les conditions jurisprudentielles pour admettre son caractère invalidant ne sont pas remplies dans le cas de l'assurée.

Enfin, l'intimé rappelle que la recourante a bénéficié d'un stage d'observation professionnelle, lequel s'est soldé par un échec en raison du manque de motivation de l'intéressée, dont il a été relevé qu'elle n'était pas dans une démarche de réinsertion professionnelle, ce que corrobore le fait qu'elle ait conclu à l'octroi d'une rente entière.

23. Invitée à se déterminer, la recourante a persisté dans ses conclusions.

24. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 16 juin 2011.

Le Dr D \_\_\_\_\_ a admis avoir retenu le diagnostic de fibromyalgie à contrecœur, par exclusion des autres, seuls 10 à 12 des 18 points de contrôle étant douloureux et encore, pas tout le temps.

Le médecin a dit avoir eu le sentiment que la situation s'était péjorée suite à la chute de sa patiente en septembre 2009. A cet égard, il a indiqué avoir constaté une diminution de la force - difficile à évaluer - et une multiplication des plaintes, sans pouvoir néanmoins objectiver de nouvelle atteinte.

Sur le plan psychique, le médecin a émis l'avis que l'assurée souffre d'un trouble anxio-dépressif modéré à sévère.

Enfin, s'agissant de la capacité de travail de sa patiente, le médecin a indiqué qu'au vu l'atteinte aux membres supérieurs et de son état psychique, il voyait mal quelle activité pourrait être envisagée.

25. A la demande de la Cour, le médecin-traitant a notamment produit :
- un rapport du Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, du 23 septembre 2010, suggérant un examen rhumatologique afin d'élucider l'origine de multiples tendinites ;
  - un rapport du Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, du 7 mars 2011, concluant à une fibromyalgie, faisant état d'un examen du coude sans particularité, suite à une échographie pratiquée le 1<sup>er</sup> mars 2011 et préconisant une prise en charge psychiatrique.
26. Par pli du 25 juillet 2011, la recourante a persisté dans ses conclusions.
27. Par écriture du 18 août 2011, l'intimé a fait de même, alléguant que même si le diagnostic de fibromyalgie devait être retenu, les conditions jurisprudentielles pour admettre qu'il soit invalidant n'étaient pas réalisées.

### **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<sup>er</sup> 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).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. 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 130 V 230 consid. 1.1; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1; ATF 126 V 136 consid. 4b).

La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004 (RO 2003 3852) et celles du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision de la LAI), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Il convient tout d'abord de circonscrire l'objet du litige. En effet, la décision querellée ne statue expressément que sur la demande d'octroi de mesures d'ordre professionnel, alors que la recourante conclut à l'octroi d'une rente entière en invoquant une aggravation de son état de santé.
5. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées). L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées).  
  
b) Les questions qui – bien qu'elles soient visées par la décision administrative, et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation – ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF 122 V 244 consid. 2a, 117 V 295 consid. 2a ; voir aussi ATF 122 V 36 consid. 2a). Par ailleurs, l'autorité de recours n'examine les questions formant l'objet du litige, mais qui ne sont pas contestées, que s'il existe des motifs suffisants de le faire au regard des allégations des parties ou d'indices ressortant du dossier (ATF 125 V 417 consid. 2c).

Ainsi, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue, pour des motifs d'économie de procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet du litige, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 130 V 503; ATF 122 V 36 consid. 2a et les références).

c) La garantie de la double instance doit être mise en relation avec le droit d'être entendu, avec lequel elle se confond dans une certaine mesure tout au moins ; elle n'est pas, en tant que telle dans le domaine du droit administratif, une garantie générale de procédure ou un droit constitutionnel des citoyens (ATF non publié du 17 août 2000, 1A.17/2000). Il s'agit pour les parties d'éviter qu'une réparation de la violation du droit d'être entendu n'ait pour conséquence de les priver de la possibilité de faire valoir leurs arguments devant deux autorités successives (ATFA non publié du 8 novembre 2002, I 431/02, consid. 3.1).

d) Selon la jurisprudence, lorsque la rente a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 3 et 4 RAI). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 125 V 410 consid. 2b). Dans cette hypothèse, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. A cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 114 consid. 2b).

Lorsqu'un assuré introduit une nouvelle demande de prestations ou une procédure de révision sans rendre plausible que son invalidité ou son impotence se sont modifiées, notamment en se bornant à renvoyer à des pièces médicales qu'il propose de produire ultérieurement ou à des avis médicaux qui devraient selon lui être recueillis d'office, l'administration doit lui impartir un délai raisonnable pour déposer ses moyens de preuve, en l'avertissant qu'elle n'entrera pas en matière sur sa demande pour le cas où il ne se plierait pas à ses injonctions. Enfin, cela présuppose que les moyens proposés soient pertinents, en d'autres termes qu'ils soient de nature à rendre plausibles les faits allégués. Si cette procédure est respectée, le juge doit examiner la situation d'après l'état de fait tel qu'il se présentait au moment où l'administration a statué. Cette nouvelle jurisprudence vaut pour les cas futurs, ainsi que pour les affaires pendantes devant un tribunal au

moment de son changement (cf. ATF 122 V 184 consid. 3b ; RAMA 2000 n° U 370 p. 106 consid. 2, et les références).

6. En l'espèce, il ressort clairement de l'arrêt du TCAS du 7 mai 2008 que la recourante a renoncé à s'opposer au refus d'octroi d'une rente d'invalidité. Le dispositif de l'arrêt, à la lumière des motifs, ne laisse pas place à une autre interprétation.

La Cour de céans constate, par ailleurs, que c'est au mois de novembre 2009 au plus tôt que la recourante a pour la première fois allégué une aggravation de son état de santé (fracture d'une côte en septembre 2009 et aggravation générale de son état de santé), sans toutefois fournir de documents, en particulier médicaux à l'appui de ses dires. Ce n'est que dans le cadre de la présente procédure qu'elle a produit l'attestation du Dr D\_\_\_\_\_ faisant état de troubles anxio-dépressifs et d'une fibromyalgie invalidante.

Il en découle que, dans la mesure où la recourante a renoncé à contester le refus du droit à la rente dans le cadre de la première procédure, la Cour de céans est liée par la décision de l'OAI du 21 janvier 2008, laquelle a en effet acquis l'autorité de chose décidée s'agissant de la question de l'octroi d'une rente.

Partant, la conclusion visant l'octroi d'une rente entière - conclusion qui implique une aggravation de l'état de santé de l'assurée - doit être considérée comme une nouvelle demande sur laquelle force est de constater que l'intimé ne s'est pas prononcé formellement, bien qu'il ait nié toute aggravation dans le cadre de la présente procédure (cf. écriture de l'intimé du 15 décembre 2010 dans laquelle il soutient qu'il ne ressort nullement des pièces au dossier que l'état de santé de l'assurée se serait notablement modifié depuis janvier 2007 - date de l'examen bidisciplinaire du SMR). Dès lors, la Cour de céans ne saurait, en lieu et place de l'intimé, décider s'il convient d'entrer en matière sur la nouvelle demande, d'autant plus que l'examen de la cause sera différent selon que l'OAI refuse d'entrer en matière ou rejette cette demande. Un tel procédé ne serait de surcroît pas conforme au principe de la garantie de double instance. La cause sera donc renvoyée à l'intimé afin que ce dernier se prononce formellement sur ce qu'il convient de considérer comme une nouvelle demande de l'assurée.

Il découle de ce qui précède que les conclusions de la recourante tendant à l'octroi d'une rente seront déclarées irrecevables, le recours sur ce point apparaissant prématuré. Par souci d'économie, eu égard à l'art. 11 al. 3 de la loi sur la procédure administrative (LPA; RS E 5 10) qui prévoit que si l'autorité décline sa compétence, elle transmet d'office l'affaire à l'autorité compétente et en avise les parties, la Cour transmettra à l'intimé la nouvelle demande comme objet de sa compétence.

Quant aux conclusions de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise, elles seront rejetées, puisqu'une telle expertise n'a pour objectif que de démontrer l'aggravation invoquée par l'assurée.

L'objet du litige se limite donc à la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimé a nié le droit de l'assurée à des mesures d'ordre professionnel.

7. a) À teneur de l'art. 8 al.1<sup>er</sup> 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. 2 LAI prévoit cependant que les assurés ont droit aux prestations prévues aux art. 13 et 21, quelles que soient les possibilités de réadaptation à la vie professionnelle ou à l'accomplissement de leurs travaux habituels. L'art. 8 al. 2<sup>bis</sup> LAI prévoit cependant que les assurés ont droit aux prestations prévues à l'art. 16 al. 2 let. c, que les mesures de réadaptation soient nécessaires ou non pour maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels. L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. a<sup>bis</sup>), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation est de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer la capacité de gain de l'assuré (art. 8 al. 1 LAI), il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2). Des mesures d'ordre professionnel ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (ATF non publié du 16 février 2007, I 170/06).

c) 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 sauvegardée ou améliorée (al. 1).

L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

8. En l'espèce, il n'est pas contesté que la diminution de la capacité de gain de la recourante est supérieure à 20 %, condition nécessaire pour ouvrir le droit à une mesure de reclassement.

Cependant, les maîtres de stage des EPI ont documenté chez l'assurée un comportement très plaintif et démonstratif dont ils ont souligné qu'il empêchait la juste appréciation de ses capacités ; ils ont relevé que même les gestes les plus simples étaient accomplis avec grande lenteur et peu d'habileté ; s'y ajoutait le fait que l'assurée se disait persuadée que son état ne lui permettait plus de travailler (rapport d'observation, p. 4), ce qu'elle a confirmé lorsqu'elle a été entendue par un collaborateur de l'OAI.

Des éléments versés au dossier, on peut conclure que l'engagement de la recourante a été globalement insuffisant, qu'elle ne s'est pas suffisamment investie dans la mesure, qu'elle est restée constamment centrée sur ses atteintes, n'a ni montré de persévérance ni cherché à aller au-delà des limites qu'elle s'était fixés (rapport d'observation, p. 9).

Qui plus est, la Cour de céans ne peut que constater que l'assurée ne prend plus aucune conclusion relative à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, pas même à titre subsidiaire.

Au vu de ce qui précède, on ne saurait faire grief à l'intimé d'avoir considéré que des mesures d'ordre professionnel auraient vraisemblablement été vouées à l'échec, de sorte que son refus apparaît justifié et que la décision querellée doit être confirmée. Mal fondé, le recours sera rejeté.

9. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant la Cour de céans est désormais soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI), de sorte qu'il sera perçu un émolument à charge de la recourante.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours irrecevable en tant que la recourante conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité.
2. Le déclare recevable pour le surplus.

**Au fond :**

3. Le rejette.
4. Transmet la nouvelle demande de la recourante à l'intimée comme objet de sa compétence.
5. Met un émolument de 500 fr. à la charge de la recourante.
6. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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