

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/826/2014

ATAS/834/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 juin 2014

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au LIGNON, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante suisse née le _____ 1972, a travaillé depuis le 1^{er} août 2001 en tant qu'opératrice de production à 100% pour le compte B _____ SA (ci-après : l'employeur), à raison de 8 heures par jour, soit 40 heures par semaine.
2. Dès le mois de février 2008, l'assurée a présenté des problèmes de toux. D'abord sporadique puis persistante, cette toux s'est progressivement aggravée et fut accompagnée de céphalées occipitales. Elle survenait uniquement dans le cadre professionnel. Un bilan allergique conduit par la Dresse C _____, spécialiste FMH en allergologie et immunologie clinique et en médecine interne générale, a abouti au diagnostic d'une toux sèche sur hyperactivité bronchique probablement liée à son lieu de travail. En arrêt de travail à 100% depuis le 10 décembre 2010, la SUVA a pris son cas en charge. Les tentatives d'adaptation du travail de l'assurée ont toutes échoué, de sorte que l'employeur l'a licenciée avec effet au 31 décembre 2011.
3. Le 17 octobre 2011, la SUVA a déclaré l'assurée inapte à toute exposition aux fumées en rapport avec les travaux de soudure et de brasage avec effet rétroactif au 30 avril 2011.
4. Dans un rapport du 5 avril 2011, la Dresse D _____, spécialiste FMH en médecine du travail et médecin-conseil auprès de la SUVA, a retenu que l'assurée présentait vraisemblablement une sensibilisation à la colophane. Compte tenu de l'activité déployée au sein de l'entreprise, il paraissait difficile de lui proposer un nouveau travail adapté à son allergie.
5. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) le 4 mai 2011, visant à l'octroi de mesures professionnelles et/ou d'une rente en raison de ses allergies.
6. Dans un rapport du 19 mai 2011, la Dresse C _____ a relevé que les causes de l'incapacité de travail de l'assurée étaient une rhinite et un asthme bronchique liés à l'exposition aux substances chimiques sur son lieu de travail. Le pronostic était très bon, à condition qu'elle trouve un nouvel emploi ne l'exposant pas aux substances chimiques volatiles comme la colophane. Elle était également suivie pour un état dépressif réactionnel. Compte tenu de ces éléments, elle était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée.
7. Le 27 juillet 2011, l'employeur a indiqué à l'OAI que l'assurée percevait un salaire annuel de CHF 56'923.- en 2011, étant précisé que le salaire mensuel de CHF 4'155.- était versé treize fois l'an. En sus de son salaire, l'assurée a perçu des primes et gratifications exceptionnelles entre 2008 et 2011, allant de CHF 1'808.- en 2010 à CHF 5'167.- en 2009.
8. Le 4 octobre 2011, le Dr E _____, spécialiste FMH en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a émis un certificat médical indiquant un état

dépressif réactionnel en aggravation depuis février 2011, avec de nombreux troubles neuro-végétatifs et une importante perte de sommeil, nécessitant une prise en charge spécialisée.

9. Le 4 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée de la prise en charge d'un coaching dans le cadre de mesures d'intervention précoce. Un stage en entreprise a également été organisé et pris en charge du 30 janvier au 26 février 2012. Le rapport qui en a découlé faisait notamment état d'une grande fragilité de l'assurée, qui rendait impossible, en l'état, toute reprise ou projet professionnel.
10. Le 2 novembre 2011, l'assurée a été victime d'un accident de voiture. Alors qu'elle était à l'arrêt avec son véhicule, elle a été percutée par l'arrière par une autre voiture, ce qui l'a poussée contre le véhicule devant elle. Elle a pu sortir seule de la voiture et a ressenti des douleurs dans la nuque, dorsales et lombaires. Conduite aux HUG le jour même, une contusion cervicale, dorsale et des lombes a été diagnostiquée. Dans ce contexte, le Dr E_____ a retenu le même diagnostic et estimé que la reprise du travail était exigible à 100% dès le 1^{er} mars 2012.
11. Par courrier du 14 février 2012, la SUVA a informé l'assurée qu'elle la considérait comme capable de travailler à 100% dans une activité ne la mettant pas en contact avec les produits qui menaçaient sa santé.
12. Le 10 avril 2012, l'OAI a informé l'assurée qu'aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était indiquée et que l'instruction du dossier était poursuivie en ce qui concerne les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité.
13. Le 27 avril 2012, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations auprès de l'OAI. Elle y évoquait une atteinte morale ainsi que des douleurs aux dos et aux cervicales en lien avec son accident de voiture du 2 novembre 2011.
14. Dans un rapport du 7 mai 2012, le Dr E_____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif, une entorse cervicale et un asthme professionnel, lesquels entraînaient les limitations fonctionnelles suivantes : alterner les positions assise et debout et éviter la position accroupie ou à genoux, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de porter des poids de plus de dix kilogrammes. L'exercice de son activité habituelle n'était plus exigible mais la reprise d'une activité professionnelle adaptée était possible à 100% dès le 1^{er} mai 2012. Le Dr E_____ a confirmé son analyse le 1^{er} octobre 2012.
15. Dans un rapport d'observation de l'atelier de réadaptation préprofessionnelle à l'attention de l'Office cantonal de l'emploi, il a été retenu que les limitations fonctionnelles de l'assurée lui permettaient de travailler à 50% dans une activité adaptée.
16. Dans un rapport du 11 décembre 2012, le Dr F_____ a posé les diagnostics de lombalgies et d'algies cervico-scapulaires sans effet sur la capacité de travail. Le pronostic était bon, si le contact avec les produits toxiques de nettoyage était évité. Du point de vue physique, l'assurée devait exercer une activité permettant

l'alternance des positions assise et debout et lui évitant de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être accroupie ou à genoux, les rotations en position assise ou debout, le port de charges de plus de dix kilogrammes, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de monter trop fréquemment des escaliers.

17. Dans un rapport du 15 janvier 2013, le Dr G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec effet sur la capacité de travail. Les « symptômes actuels/état actuel » consistaient en une tension intérieure. Les « indications subjectives par le patient/constat objectif » étaient les suivants : humeur dépressive, anhédonie partielle, irritabilité, colères, difficultés de concentration, appréhension, anxiété, épisodes d'angoisses, sentiment de dévalorisation personnelle, insomnie, fatigue et polyalgies. Le pronostic était favorable. Ces troubles occasionnaient des difficultés de concentration, une diminution du seuil de tolérance au stress, en plus de l'allergie à la colophane et des douleurs de dos, de sorte que son activité habituelle n'était plus exigible. Son rendement n'était pas réduit. Les limitations fonctionnelles énumérées pouvaient être réduite par un environnement professionnel sans colophane. Sa capacité de travail était totale, sans qu'une date de reprise ne soit indiquée. Le Dr G_____ a confirmé son analyse le 30 mai 2013 et demandé à ce que des mesures de réadaptation professionnelle soit mises en place. Le 5 juin 2013, il a indiqué que l'assurée souhaitait exercer la profession d'assistante en soin/santé communautaire et que son état psychique était compatible avec une telle activité.
18. Dans un rapport du 11 avril 2013 établi par la fondation IPT à la suite d'un processus IPT au sein de l'Atelier Emploi, il est notamment indiqué que l'assurée avait, de sa propre initiative, effectué un stage à la Clinique H_____, ce qui avait renforcé sa détermination à trouver un emploi d'aide-soignante.
19. Dans des rapports des 17 janvier, 18 juin et 28 août 2013, la Dresse I_____ du Service médical régional AI (ci-après : le SMR), se fondant sur les différents rapports du dossier, a relevé que d'après le Dr F_____, les lombalgies et les algies cervico-scapulaires de l'assurée étaient sans effet sur sa capacité de travail. Selon le Dr G_____, sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée, sur le plan psychiatrique. Enfin, le rapport final de la fondation IPT ne faisait mention d'aucune limitation somatique ou psychique. Par conséquent, l'assurée était incapable d'exercer son activité habituelle en raison d'une allergie aux fumées avec interdiction de faire des travaux de soudure ou de brasage. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était entière.
20. Dans un projet de décision du 6 décembre 2013, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Il a retenu une incapacité de travail totale dans son activité habituelle et une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée à temps plein, sans qu'une formation ou un complément de formation soit nécessaire. Son revenu sans invalidité était de CHF 56'923.- par an et son revenu d'invalidité se montait à CHF 53'239.-. Par comparaison de ces revenus, l'OAI aboutissait à un degré d'invalidité de 6%, largement inférieur aux 40% nécessaires pour donner

droit à une rente d'invalidité et aux 20% permettant d'octroyer un reclassement dans une nouvelle profession.

21. Par courrier du 27 janvier 2014, l'assurée s'est opposée au projet de décision, par l'intermédiaire de l'ASSUAS Association suisse des assurés. Ses troubles de santé étaient minimisés par l'OAI. La perte de son travail après onze années au sein du même employeur en raison de son allergie à la colophane avait occasionné une dépression nerveuse. A cela s'ajoutait des lombalgies et cervicalgies en lien avec son accident de voiture du 2 novembre 2011, ce qui limitait considérablement ses capacités physiques (mouvements, port de charge et la plupart des positions). Ainsi, la palette d'activités adaptées à ses limitations fonctionnelles était restreinte, ce d'autant plus qu'elle ne disposait d'aucune autre formation que celle reçue dans le cadre de son dernier emploi. Elle souhaitait exercer la profession d'assistante en soins/santé communautaire. Le revenu sans invalidité retenu par l'OAI ne représentait pas le revenu réel qu'elle aurait pu réaliser sans invalidité. En effet, si elle n'avait pas eu de problèmes de santé, elle aurait pu réaliser un revenu mensuel de CHF 5'500.- à CHF 6'000.-. Enfin, un abattement d'au moins 10% devait être appliqué au calcul de son taux d'invalidité, en raison de son manque de formation et de ses limitations fonctionnelles.
22. Par décision du 14 février 2014, l'OAI a confirmé le projet de décision du 6 décembre 2013 et refusé d'allouer des prestations à l'assurée. Il a en grande partie repris le contenu du projet de décision, précisant toutefois que le revenu sans invalidité avait été calculé sur la base des données fournies par l'employeur pour l'année 2011. En ce qui concerne l'octroi de mesures professionnelles, elles n'étaient pas indiquées. Il existait un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées, pour qu'un certain nombre d'entre elles soit accessible à l'assurée et sans formation professionnelle.
23. Dans un rapport du 19 février 2014, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un asthme professionnel, d'un état anxio-dépressif avec d'importants troubles du sommeil nécessitant un suivi psychiatrique et d'une entorse cervico-dorso lombaire suite à un accident en 2011. Elle était en mesure d'exercer une activité adaptée en évitant le port de charges lourdes et la station debout prolongée, n'impliquant pas de pression au niveau des délais. Un taux d'activité de 50% devait être évalué par le spécialiste la suivant pour son état psychique. Une demande de reclassement professionnel pouvait être indiquée.
24. Dans un rapport du 24 février 2014, le Dr F_____ a retenu le diagnostic de douleurs cervicales et lombaires d'origine statique et dégénérative. Ces douleurs étaient apparues de manière plus fréquente suite à son accident de voiture. Elles étaient accentuées lors de ports de charges de plus d'environ cinq kilogrammes, de piétinements et de station debout ou assise prolongée. Elles étaient également augmentées lors de surplus de tension nerveuse. Elle était capable de travailler à 100% dans une activité adaptée, soit dans une activité variée du point de vue de la

posture et sans port de charges conséquents (environ cinq kilogrammes). En raison de ses troubles physiques, un complément de formation était souhaitable.

25. Par acte du 19 mars 2014, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 14 février 2014, concluant à son annulation et à ce que son droit aux prestations de l'assurance-invalidité et à des mesures d'ordre professionnel, notamment une orientation voire un reclassement, soit reconnu, avec suite de frais et dépens. Elle contestait avoir une pleine capacité de travail dans une activité adaptée et contestait le refus de mesures d'orientation professionnelle. Le stage d'observation du 30 janvier au 26 février 2012 n'avait pas permis de déterminer quelles étaient les activités adaptées à ses limitations fonctionnelles, ni de se positionner sur les mesures professionnelles auxquelles elle pouvait prétendre. Elle souffrait d'allergie au collagène, d'un épisode dépressif d'intensité moyenne, de lombalgies et de cervicalgies ce qui l'empêchait d'exercer son activité habituelle et limitait fortement l'exercice d'une activité adaptée les efforts physiques intenses au niveau de la colonne vertébrale (les mouvements répétitifs du tronc, les postures en porte-à-faux et le port de charges supérieures à cinq kilogrammes étaient proscrits). En outre, en 2011, elle percevait un salaire mensuel de CHF 4'878.- par mois ainsi qu'une gratification annuelle de CHF 2'000.- à CHF 2'100.-. Sans ses problèmes de santé, elle aurait ainsi pu gagner CHF 5'500.- à CHF 6'000.- par mois, de sorte que le salaire sans invalidité retenu par l'intimé était insuffisant. Enfin, il convenait d'appliquer un abattement de 15% pour tenir compte de ses limitations fonctionnelles et du fait qu'elle n'avait aucune formation.
26. Dans sa réponse du 17 avril 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Un reclassement de la recourante ne pouvait pas entrer en ligne de compte dans la mesure où sa capacité de travail était entière dans une activité adaptée sans expositions à substance allergène et son degré d'invalidité de 6%, insuffisant pour ouvrir droit à une telle prestation. Quant aux revenus de la recourante en 2011, celle-ci avançait des montants sans aucun justificatif, ce qui était insuffisant, au degré de la vraisemblance prépondérante, pour le conduire à revoir son calcul. S'agissant du taux d'abattement, l'OAI n'avait procédé à aucun abattement, compte tenu de la nationalité suisse de la recourante, de son âge (41 ans) et du fait que sa seule limitation était une allergie aux fumées.
27. Dans ses observations du 12 mai 2014, la recourante a intégralement persisté dans ses conclusions. Contrairement à ce que soutenait l'intimé, elle ne possédait manifestement pas toutes les ressources nécessaires pour la reprise d'une activité lucrative adaptée à son état de santé. D'ailleurs ses médecins traitants préconisaient tous une réadaptation professionnelle pour la reprise d'une activité dans une profession adaptée. S'agissant du degré d'invalidité, l'intimé devait le calculer en tenant compte des salaires pratiqués dans le canton de Genève pour des activités précises, qui devaient être déterminées par la voie des mesures d'ordre professionnel.
28. A la suite 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 ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LAI en vigueur du 1^{er} janvier 2008 (5^{ème} révision) jusqu'au 31 décembre 2011 et après le 1^{er} janvier 2012 (révision 6a), en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329 et ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). Il convient de préciser que ces nouvelles introduites par la 5^{ème} révision et la révision 6a de la LAI n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation du degré d'invalidité (Arrêt du Tribunal administratif fédéral 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) et de conditions d'octroi générales des mesures de réadaptation (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5^{ème} révision] du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4316 ; message relatif à la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [6^e révision, premier volet] du 24 février 2010, FF 2010 1647, p. 1648 à 1650).

4. Interjeté dans les formes et le délai prescrits, le recours est recevable (art. 56 à 61 et 38 LPGA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et/ou à des mesures de réadaptation professionnelle de l'assurance-invalidité, plus particulièrement sur le calcul de son degré d'invalidité.
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

En vertu 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.

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).

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 administratif fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; Arrêt du Tribunal administratif fédéral I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la

santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294, consid. 4c ; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références ; Arrêt du Tribunal administratif fédéral I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

8. 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).

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

avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (Arrêts du Tribunal administratif fédéral I 168/05 du 24 avril 2006 consid. 3.3 et B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2).

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

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393 consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adoptée dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 ; ATF 123 V 150 consid. 2 et les références ; Arrêt du Tribunal fédéral 8C_337/2009 du 18 février 2010 consid. 7.5).

En cas d'absence de désignation des activités compatibles avec les limitations du recourant, le Tribunal fédéral a jugé qu'il eût été certainement judicieux que l'office AI donnât au recourant, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'il peut encore exercer, mais qu'il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations du recourant et accessibles sans aucune formation particulière (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_279/2008 du 16 décembre 2008 consid. 4).

Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui (art. 16 LPGA), on ne saurait subordonner la concrétisation

des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner la question de savoir si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter économiquement sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'œuvre (VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant (RCC 1991 p. 329; RCC 1989 p. 328).

D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1066/2009 du 22 septembre 2010 consid. 4.1 et la référence).

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).

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

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

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (cf. RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances

sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, l'intimé considère que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle et totale dans une activité adaptée à son allergie aux fumées. Pour parvenir à cette conclusion, l'intimé se fonde sur les rapports de la Dresse I_____ du SMR.

Quant à la recourante, elle soutient souffrir non seulement d'une allergie aux fumées, mais également d'un épisode dépressif d'intensité moyenne et de lombalgies et de cervicalgies. En raison de ces troubles, sa capacité de travail serait nulle dans son activité habituelle et grandement affectée dans une activité adaptée. La recourante se fonde principalement sur les rapports des Drs E_____, F_____ et G_____.

A la lecture de l'ensemble de ces rapports, la chambre de céans constate que tant l'intimé que la recourante en tirent des conclusions erronées. En effet, il n'existe aucune contradiction entre les rapports du 7 mai 2012 du Dr E_____, du 11 décembre 2012 du Dr F_____, du 15 janvier 2013 du Dr G_____ et des 17 janvier, 18 juin et 28 août 2013 de la Dresse I_____.

L'ensemble de ces médecins s'accordent sur le fait que la capacité de travail de la recourante est nulle dans son activité habituelle en raison de son allergie aux fumées.

Pour le surplus, le Dr E_____ a diagnostiqué un état anxio-dépressif et une entorse cervicale. Malgré des limitations fonctionnelles (alternance des positions assise et debout et éviter la position accroupie ou à genoux, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de porter des poids de plus de dix kilogrammes), la reprise d'une activité professionnelle adaptée était possible à 100% dès le 1^{er} mai 2012.

Le Dr F_____ a diagnostiqué des lombalgies et d'algies cervico-scapulaires sans effet sur la capacité de travail mais entraînent des limitations fonctionnelles (alternance des positions assise et debout et éviter de se pencher, de travailler avec les bras au-dessus de la tête, d'être accroupie ou à genoux, les rotations en position assise ou debout, le port de charges de plus de dix kilogrammes, de monter sur une échelle ou un échafaudage et de monter trop fréquemment des escaliers).

Le Dr G_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen. Ses limitations fonctionnelles (difficultés de concentration et une diminution du seuil de tolérance au stress) pouvaient être réduites par un environnement professionnel sans colophane. Sa capacité de travail était totale, sans diminution de rendement.

Quant à la Dresse I_____, elle a repris ces rapports pour parvenir aux mêmes conclusions.

Par conséquent, sur la base de l'ensemble de ces rapports, il convient de retenir que la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle est nulle. Bien que ses limitations fonctionnelles soient plus importantes que la simple allergie aux fumées retenue par l'intimé, il apparaît qu'elles n'empêchent pas la recourante de disposer d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, selon ses propres médecins traitants.

La chambre de céans précise encore qu'elle ne saurait tenir compte des rapports des 19 et 24 février 2014 des Drs E_____ et F_____, dont les conclusions sont en contradiction avec leurs propres rapports des 7 mai et 11 décembre 2012, sans que rien ne permette de le justifier, compte tenu de la stabilité de l'état de santé de la recourante. En outre, les rapports des 19 et 24 février 2014 ont été rédigés postérieurement à la décision querellée.

12. La recourante conteste également le calcul de son degré d'invalidité, estimant que son revenu sans invalidité a été sous-évalué par l'intimée et qu'un abattement de 15% doit être appliqué.

S'agissant du revenu sans invalidité, la chambre de céans constate qu'à teneur des données fournies par l'employeur de la recourante, son revenu en 2011 était de CHF 56'923.-, treizième salaire et gratifications exceptionnelles compris. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimé a pris en compte les primes exceptionnelles qu'elle touchait chaque année. Quant au salaire de CHF 5'500.- à CHF 6'000.- avancé par la recourante, il ne repose sur aucune base factuelle et ne saurait par conséquent être retenu, pas même sous l'angle de la vraisemblance prépondérante. En ce qui concerne le revenu d'invalidité, quoi qu'en dise la recourante, les valeurs tirées de l'ESS sont représentatives des salaires pratiqués dans la réalité, même si elles sont le résultat d'une moyenne.

S'agissant du taux d'abattement, il apparaît que l'intimé a refusé tout abattement compte tenu de l'âge de la recourante, de sa nationalité suisse et de la seule limitation liée à l'allergie aux fumées. Or, comme cela ressort des rapports médicaux versés à la procédure, il apparaît que des limitations fonctionnelles liées à ses troubles cervicaux et dorsaux affectent également la recourante. Dans la mesure où les troubles dont souffre la recourante ne l'empêchent pas d'exercer une activité à plein temps et n'occasionnent aucune diminution de rendement, il convient d'appliquer un taux d'abattement de 5%, ce qui fait augmenter le degré d'invalidité à 11%. Un taux d'abattement plus élevé ne se justifie pas en l'espèce, compte tenu

du large éventail d'activités adaptées, dont celle d'aide-soignante, que la recourante pourrait exercer, de son âge et de sa nationalité suisse.

Un degré d'invalidité de 11% n'est toutefois pas suffisant pour donner à la recourante le droit à une rente d'invalidité.

13. La recourante conteste encore le refus de l'intimé de lui accorder des mesures d'ordre professionnel, en particulier de lui permettre de suivre une formation d'aide-soignante.

a) Selon l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPG) ont droit à des mesures de réadaptation pour autant que ces mesures soient nécessaires et de nature à rétablir, maintenir ou améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels (let. a) et que les conditions d'octroi des différentes mesures soient remplies (let. b). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent les mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital).

Pour déterminer si une mesure est de nature à maintenir ou à améliorer la capacité de gain d'un assuré, il convient d'effectuer un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (ATF 132 V 215 consid. 3.2.2 et les références). Celles-ci ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec, selon toute vraisemblance (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 388/06 du 25 avril 2007 consid. 7.2). Le droit à une mesure de réadaptation suppose en outre qu'elle soit appropriée au but de la réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, tant objectivement en ce qui concerne la mesure que sur le plan subjectif en ce qui concerne la personne de l'assuré (VSI 2002 p. 111 consid. 2 et les références).

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

b) Se pose en premier lieu la question de savoir si l'assuré est invalide ou menacé d'une invalidité permanente (art. 28 al. 1er LAI). On rappellera qu'il n'existe pas un droit inconditionnel à obtenir une mesure professionnelle (voir par ex. l'Arrêt du Tribunal fédéral 9C_385/2009 du 13 octobre 2009). Il faut également relever que si une perte de gain de 20% environ ouvre en principe droit à une mesure de reclassement dans une nouvelle profession (ATF 124 V 108 consid. 2b et les arrêts

cités), la question reste ouverte s'agissant des autres mesures d'ordre professionnel prévues par la loi (cf. Arrêt du Tribunal fédéral 9C_464/2009 du 31 mai 2010).

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 maintenue ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Sont considérées comme un reclassement les mesures de formation destinées à des assurés qui en ont besoin, en raison de leur invalidité, après achèvement d'une formation professionnelle initiale ou après le début de l'exercice d'une activité lucrative sans formation préalable, pour maintenir ou pour améliorer sensiblement leur capacité de gain (art. 6 al. 1 RAI).

Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. La notion d'équivalence approximative entre l'activité antérieure et l'activité envisagée ne se réfère pas en premier lieu au niveau de formation en tant que tel, mais aux perspectives de gain après la réadaptation (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_644/2008 du 12 décembre 2008 consid. 3). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, on notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sont en principe pas déterminantes, mais bien plutôt le coût des mesures envisagées et leurs chances de succès, étant précisé que le but de la réadaptation n'est pas de financer la meilleure formation possible pour la personne concernée, mais de lui offrir une possibilité de gain à peu près équivalente à celle dont elle disposait sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b, RCC 1988 p. 266 consid. 1 et les références). Cela étant, si en l'absence d'une nécessité dictée par l'invalidité, une personne assurée opte pour une formation qui va au-delà du seuil d'équivalence, l'assurance-invalidité peut octroyer des contributions correspondant au droit à des prestations pour une mesure de reclassement équivalente (substitution de la prestation ; VSI 2002 p. 109 consid. 2b et les références).

14. En l'occurrence, le degré d'invalidité de la recourante est largement inférieur aux 20% nécessaires pour lui donner droit à une mesure de reclassement de l'assurance-invalidité.

En tout état de cause, compte tenu du large éventail d'activités adaptées que la recourante pourrait exercer sans qu'une formation ne soit nécessaire, aucune mesure d'ordre professionnel n'est utile.

Rappelons encore qu'à teneur de la jurisprudence du Tribunal fédéral, la recourante ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité. Or, la formation d'aide-soignante apparaît manifestement comme étant d'un niveau supérieur à celui de la formation continue reçue auprès de son ancien employeur, de sorte qu'un reclassement dans cette activité ne saurait lui être octroyé.

15. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté.
16. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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