

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/542/2024

ATAS/888/2024

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 14 novembre 2024**

**Chambre 5**

En la cause

A \_\_\_\_\_

recourante

représentée par Me Marlyse CORDONIER, avocate

contre

**OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE**

intimé

**Siégeant : Philippe KNUPFER, président ; Pierre-Bernard PETITAT et Monique  
STOLLER FÜLLEMANN, juges assesseurs.**

---

## EN FAIT

- A.**
- a.** Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en \_\_\_\_\_ 1964, de nationalité suisse, a travaillé notamment dans le domaine administratif (secrétaire/assistante) de 1997 à 2015, souvent en temporaire et à des taux d'activité variables. En septembre 2016, l'assurée a obtenu un certificat fédéral de capacité (ci-après : CFC) d'employée de commerce (formation de base), puis elle a suivi, jusqu'en novembre 2016, des cours en management de projets.
- b.** Á compter du 1<sup>er</sup> mai 2015, l'assurée a émargé auprès de l'Hospice général (ci-après : l'hospice).
- c.** Le 11 décembre 2016, l'assurée a été victime d'un accident de moto entraînant une incapacité de travail totale en raison, notamment, de fractures du bassin, du rachis et des côtes.
- B.**
- a.** Le 23 juillet 2018, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI).
- b.** Par rapport du 6 novembre 2018, la docteure B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des douleurs dorsolombaires sur status après fracture des murs antérieurs de D7 et D5 ; des douleurs résiduelles du bassin après fracture déplacée des branches ilio-ischio-pubiennes de l'aileron sacré droit ; des douleurs de la cuisse gauche après décollement du *fascia lata* et syndrome de Morel-Lavallée ainsi que des douleurs à l'épaule gauche dans le contexte d'une contusion de l'épaule et d'une capsulite post-traumatique résolue. Les limitations fonctionnelles étaient pas de marche au-delà de 30 minutes, le port de charges et les mouvements répétitifs. La capacité de travail avait été nulle du 11 décembre 2016 au 9 septembre 2018, puis à 50% à compter du 10 septembre 2018 en tant qu'assistante administrative, pour autant que le poste soit adapté avec des pauses, l'absence de port de charges et une alternance de positions debout et assise. Dans un autre poste plus adapté, la situation était à évaluer par les médecins de la Clinique romande de réadaptation. Avec une formation complémentaire, l'assurée pourrait atteindre un 70%, voire un 100%.
- c.** Par avis du 29 novembre 2018, le service médical régional (ci-après : le SMR) de l'OAI a retenu une capacité de travail nulle dans toute activité du 11 décembre 2016 au 9 septembre 2018, puis à 50% dans l'ancienne activité et à 100% dans une activité strictement adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par la Dre B\_\_\_\_\_.
- d.** Le 21 décembre 2018, l'OAI a retenu un statut d'actif et fixé le degré d'invalidité en se référant, pour les revenus avec et sans invalidité, au salaire tiré d'une activité simple et répétitive pour une femme (Enquête suisse sur la structure des salaires [ci-après : ESS] 2016, TA1\_tirage\_skill-level [secteur privé], ligne

totale, niveau 1 [tâches physiques ou manuelles simples]), indexé à 2017. Compte tenu d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, et d'un abattement de 10% en raison des limitations professionnelles, il en résultait une perte de gain de 10%.

**e.** Par projet de décision du 10 janvier 2019, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à des mesures professionnelles, dès lors que le degré d'invalidité était de 10%.

S'agissant du revenu sans invalidité, dans la mesure où, au moment de l'atteinte à la santé, l'assurée n'était pas en emploi et que les dernières activités professionnelles exercées étaient temporaires (missions), irrégulières et dans des domaines variés, sans besoin de formation certifiante particulière, il y avait lieu de se référer aux ESS, ligne totale pour une femme exerçant une activité de niveau 1, représentative d'une grande variété d'emplois ainsi que d'un nombre significatif d'activités ne nécessitant pas de qualifications professionnelles particulières.

**f.** Le 14 février 2018, l'assurée a contesté ce projet, indiquant que selon son orthopédiste, il était difficile d'imaginer un retour à l'emploi tel qu'elle le pratiquait auparavant. En outre, le revenu sans invalidité, fondé sur les ESS, ne correspondait pas aux postes occupés, tels que secrétaire de direction, *office manager*, coordinatrice.

**g.** Après avoir effectué divers stages, l'assurée, qui souhaitait devenir formatrice d'adulte FSEA, a refusé, le 29 octobre 2019, la proposition de l'OAI de participer à une mesure de réentraînement au travail dans le domaine administratif, en centre, avec possibilités d'adaptation du poste de travail.

**h.** Par rapport du 13 décembre 2019, le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et chirurgie de la main, a, à la demande de la BÂLOISE ASSURANCES (assureur-accidents), diagnostiqué des dorsalgies moyennes à l'effort, surtout en porte-à-faux sur cunéiformisation post-traumatique de D7 à 20°, des sacralgies dans les stations assises prolongées, sans incongruence articulaire sacro-iliaque objectivable, une voussure post-traumatique des tissus mous à la face latérale de la cuisse gauche, un status après accident de la circulation avec fracture des corps vertébraux D5 et D7, une fracture des arcs postérieurs des 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, et 11<sup>e</sup> côtes gauches, une fracture de Voilleumier gauche, une fracture *in situ* extra-articulaire de la métaphyse distale du poignet gauche traitée conservativement avec consolidation de toutes les fractures, la persistance d'une cunéiformisation du corps vertébral de D5 et une légère irrégularité de l'anneau pelvien gauche. L'assurée n'allait probablement plus être capable de reprendre une activité professionnelle à temps plein nécessitant une station assise de 8 heures par jour à un bureau ou nécessitant de fréquents efforts en porte-à-faux, comme le classement de dossiers lourds dans des armoires ; sa capacité de travail était définitivement limitée à 50%. Par contre, dans une activité adaptée en position semi-assise libre, sans effort répétitif des membres supérieurs devant elle,

une pleine capacité de travail était d'ores et déjà exigible (avec un fauteuil ergonomique permettant de changer librement de position, sur un plan de travail abaissé).

**i.** Dans le cadre de la procédure d'audition, l'assurée a été mise au bénéfice, du 25 janvier au 25 avril 2021, d'un stage d'orientation professionnelle auprès de la Fondation PRO, lequel a été interrompu en raison de deux accidents survenus les 5 février et 3 novembre 2021.

**j.** Le 20 décembre 2021, l'OAI, constatant que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé et, partant, que les conditions pour la mise en place d'une mesure d'orientation n'étaient pas réunies, a clos le mandat de réadaptation.

**k.** Dès le 3 octobre 2022, l'assurée a bénéficié d'une mesure professionnelle (examen approfondi dans le cadre du conseil en orientation professionnelle) auprès de la Fondation PRO.

**l.** Le 14 octobre 2022, la docteure D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a relevé que l'assurée avait débuté des ateliers à la Fondation PRO à un taux de 100%, alors que sa capacité de travail était estimée à 50%. Les douleurs s'intensifiaient avec les heures de travail et devenaient invalidantes, obligeant l'assurée à devoir quitter son lieu de travail. Partant, une reprise à 50% était raisonnable du 11 octobre au 20 novembre 2022, à réévaluer.

**m.** Suite à une sommation adressée par l'OAI, l'assurée a transmis un rapport du 18 novembre 2022 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, selon lequel le stage, qui se déroulait en position assise, pouvait être exécuté par l'assurée uniquement à raison de deux heures par demi-journées, soit à 50%. Cette restriction était liée à la problématique de la position assise. Après avoir rappelé les séquelles traumatiques, le médecin a indiqué que des investigations complémentaires allaient être effectuées.

**n.** Suite à la reprise de l'instruction médicale requise par le SMR, l'OAI a mis fin à la mesure professionnelle en date du 2 décembre 2022.

**o.** Par rapport du 31 janvier 2023, la Fondation PRO a constaté notamment que l'assurée avait d'excellentes compétences administratives ainsi que dans les outils informatiques usuels. À 100%, elle avait un rendement de 20%, à 50%, de 35% à 40%.

**p.** Par rapport du 8 mai 2023, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué notamment que les séquelles liées aux fractures du bassin étaient problématiques dans les positions assises, ce qui interférait avec la capacité de travail de l'assurée dans cette position. Pour améliorer la situation, il proposait la confection d'un coussin sur mesure. Par ailleurs, les séquelles des fractures vertébrales généraient une symptomatologie douloureuse à chaque fois que les bras et les mains devaient être éloignés du tronc. L'assurée devait avoir une position qui n'incluait pas de porte-à-faux au niveau des membres supérieurs avec un travail au bureau, grâce à

l'adaptation du siège au niveau des accoudoirs. Enfin, l'appréciation de la capacité de travail devait être réévaluée après de nouvelles mesures.

**q.** À la demande de l'OAI, par rapport du 9 octobre 2023, les docteurs F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecins auprès de Swiss Expertises Médicales Sàrl (ci-après : SEM), ont diagnostiqué un status après l'accident le 11 décembre 2016 avec fracture des plateaux supérieurs de D5 à D7, des fractures des branches ischio- et ilio-pubiennes gauches et du sacrum, une fracture non déplacée du radius distal gauche extra-articulaire, une fracture de côtes à gauche et un syndrome de Morel-Lavallée de la cuisse gauche, un status après fracture luxation tri-malléolaire de la cheville gauche en février 2021 et un status après luxation gléno-humérale droite en novembre 2021. En raison de ces atteintes, l'assurée présentait des limitations fonctionnelles pour les marches prolongées, les marches en terrain irrégulier, le port de charges supérieures à 5 kg et les travaux en porte-à-faux. Dans une activité adaptée et dans son activité habituelle, la capacité de travail était entière, sans diminution de rendement deux ans après l'accident de moto, six mois après la fracture de la cheville gauche survenue en février 2021 et six mois après la luxation gléno-humérale droite survenue en novembre 2021. Au plan psychiatrique, l'assurée ne présentait aucune atteinte et sa capacité de travail était entière depuis au moins sa sortie d'hospitalisation en février 2017.

**r.** Par avis du 6 novembre 2023, le SMR a estimé que les conclusions de cette expertise pouvaient être suivies et en a repris les diagnostics. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 11 décembre 2016, mais totale dans une activité adaptée dès le 10 septembre 2018, tenant compte des limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges, pas de déplacements, pas d'escaliers/échelles, pas d'accroupissement/position à genoux, une alternance des positions avec une position semi-assise libre, sans manutention d'objets lourds devant l'assurée, avec un fauteuil ergonomique, sur un plan de travail rabaissé, pas de travail des membres supérieurs au-delà de l'horizontale, ni gestes répétitifs, et sans travail en porte-à-faux du rachis. L'activité habituelle en tant que secrétaire était en théorie adaptée, si elle respectait les limitations fonctionnelles. Il convenait ensuite de retenir une incapacité de travail totale de six mois après les accidents des 5 février et 3 novembre 2021.

**s.** Par décision du 11 janvier 2024, l'OAI a nié le droit de l'assurée à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel. Le SMR reconnaissait l'existence d'une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 11 décembre 2016 ; dans une activité adaptée, sa capacité de travail était totale depuis le 10 septembre 2018. La demande, déposée le 23 juillet 2018, était tardive, et un éventuel droit à une rente n'était ouvert qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2019. En se fondant sur les mêmes tables ESS pour déterminer les revenus de valide et d'invalidé, et en prenant en compte un abattement de 10% au vu des

limitations fonctionnelles, il en résultait un taux d'invalidité de 10%, inférieur aux 40% ouvrant droit à une rente d'invalidité. Par ailleurs, ni l'orientation professionnelle, ni le reclassement, ni une aide au placement n'étaient indiqués.

S'agissant du revenu sans invalidité (CHF 54'783.-), c'était à juste titre qu'il avait été déterminé sur la base des salaires statistiques pour une femme, sans qualifications particulières, toutes activités confondues, puisqu'au début de son atteinte en 2016, l'assurée n'avait plus d'activité lucrative et était aidée par l'hospice depuis le 1<sup>er</sup> mai 2015.

Enfin, les accidents survenus en 2021 avaient entraîné des incapacités de travail inférieures à une année, soit du 5 février au 4 août 2021 et du 3 novembre 2021 au 2 mai 2022. Il ne s'agissait pas d'une reprise de l'invalidité, dès lors qu'il s'agissait de nouvelles atteintes, faisant, le cas échéant, courir un nouveau délai d'attente.

- C. a.** Par acte du 14 février 2024, l'assurée, représentée par son conseil, a interjeté recours contre cette décision par-devant la chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après : la chambre de céans), concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise médicale, principalement, à l'annulation de la décision et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, et subsidiairement, à l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire.

À l'appui de son recours, la recourante a contesté la valeur probante de l'expertise des Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, et a requis que son degré d'invalidité soit fixé sur la base des rapports des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

S'agissant du salaire sans invalidité, la recourante, qui ne contestait pas l'utilisation des ESS, a critiqué le choix de la table utilisée par l'intimé et sollicité l'application de la table T17.

Selon l'intéressée, compte tenu d'une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée et d'un abattement de 10%, la comparaison des revenus aboutissait à un degré d'invalidité de 75,5%.

- b.** Par réponse du 10 mai 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse.

**c.** Après avoir accordé à la recourante plusieurs prolongations de délai pour répliquer, la chambre de céans, en date du 19 août 2024, n'a pas donné suite à sa nouvelle demande, tout en précisant que l'intéressée avait la possibilité de produire d'éventuelles nouvelles pièces.

- d.** Le 24 septembre 2024, la cause a été gardée à juger, ce dont les parties ont été informées.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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), 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.

**1.2** Le délai de recours est de 30 jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]).

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable.

### **2.** Au vu des conclusions prises dans le recours, le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à des mesures d'ordre professionnel.

### **3.**

**3.1** Le 1<sup>er</sup> janvier 2022, les modifications de la LAI du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705) ainsi que celles du 3 novembre 2021 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201 ; RO 2021 706) sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C\_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

En l'occurrence, la décision querellée a certes été rendue postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2022. Toutefois, il n'est pas contesté que le droit éventuel de la recourante à une rente d'invalidité est né antérieurement à cette date, de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021.

**3.2** Aux termes de l'art. 8 al. 1<sup>er</sup> LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail

de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de 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 un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles.

**3.3** 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.

L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Il s'agit là de la méthode dite de comparaison des revenus (ATF 128 V 29 consid. 1).

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

### **3.4**

**3.4.1** 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 (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). 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).

**3.4.2** 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. À 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

**3.4.3** 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 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

**3.4.4** 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

**3.4.5** 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. À 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 8C\_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

**3.5** 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 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 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 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**3.6** 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 145 I 167 consid. 4.1 et les références ; 140 I 285 consid. 6.3.1 et les références). 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 (Cst. - RS 101 ; 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 ; 122 V 157 consid. 1d).

#### 4.

**4.1** En l'espèce, il convient d'examiner si la décision litigieuse est conforme aux principes qui précèdent s'agissant du droit à la rente.

L'intimé a retenu qu'en raison des seules atteintes somatiques, la recourante a présenté une incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 11 décembre 2016, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée à son état de santé depuis le 10 septembre 2018. Pour ce faire, l'intimé s'est fondé sur le rapport d'expertise des Drs G \_\_\_\_\_ et F \_\_\_\_\_, médecins auprès du SEM, ainsi que sur l'avis du SMR du 6 novembre 2023.

La recourante conteste l'appréciation de l'intimé, en se basant, notamment, sur les rapports des Drs C \_\_\_\_\_ et E \_\_\_\_\_.

**4.1.1** En premier lieu, il convient d'examiner la valeur probante du rapport d'expertise du SEM.

Par rapport du 9 octobre 2023, les Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont conclu que la recourante ne présentait aucune atteinte psychiatrique. Par contre, en raison de ses atteintes somatiques, elle présentait des limitations fonctionnelles. Sa capacité de travail avait été nulle dès le 11 décembre 2016, mais entière dans une activité adaptée, sans diminution de rendement, deux ans après cette date.

La chambre de céans constate que le rapport des Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ remplit les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document, dès lors qu'il contient une anamnèse, le résumé des pièces principales du dossier, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques détaillées à la suite d'entretiens et d'examen approfondis, ainsi qu'une discussion consensuelle du cas. Leurs conclusions, qui résultent d'une analyse complète de la situation médicale, sont claires, bien motivées et convaincantes.

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans considère que le rapport d'expertise a pleine valeur probante et se rallie aux conclusions des experts, en tant qu'ils retiennent, en raison des atteintes somatiques, une capacité de travail à 100%, sans diminution de rendement, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles dès deux ans après l'accident survenu en décembre 2016.

**4.1.2** La recourante conteste la valeur probante de l'expertise des Drs G\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, faisant valoir que les limitations fonctionnelles prises en compte par l'intimé sont moins importantes que celles retenues par le Dr C\_\_\_\_\_, lequel estimait nécessaire qu'elle puisse alterner les positions assise et debout (rapport du 13 décembre 2019).

S'agissant des limitations fonctionnelles, les experts ont effectivement retenu uniquement les marches prolongées, les marches en terrain irrégulier, le port de charges supérieures à 5 kg et les travaux en porte-à-faux. Cela étant, contrairement à ce qu'avance la recourante, il y a lieu de relever que le SMR, dans son avis final du 6 novembre 2023, et partant, l'intimé, ne s'est pas limité aux indications données par les experts, mais a pris en considération la nécessité pour la recourante d'alterner des positions avec une position semi-assise, tout comme l'absence de port de charges, de déplacements, d'escaliers/échelles, d'accroupissement/position à genoux, la manutention d'objets lourds devant l'intéressée, avec un fauteuil ergonomique, sur un plan de travail rabaisé, sans travail des membres supérieurs au-delà de l'horizontale, ni gestes répétitifs, et sans travail en porte-à-faux du rachis.

La recourante fait également valoir que les experts ont estimé que ses plaintes douloureuses étaient peu cohérentes et non plausibles, alors que selon les Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, ses douleurs s'expliqueraient par la nature des lésions et seraient objectivables.

La chambre de céans constate cependant que les experts ont, de manière convaincante, expliqué pour quelles raisons les plaintes douloureuses de la

recourante étaient peu cohérentes et non plausibles, en relevant notamment qu'elle ne prenait qu'occasionnellement un traitement antalgique, qu'elle annonçait des douleurs à 10/10 pour des stimuli non nociceptifs, comme le simple fait de lever les bras vers l'avant sans aucune charge. Or, radiologiquement, les différentes fractures étaient consolidées, sans développement d'arthrose post-traumatique et la légère cyphose thoracique consécutive aux fractures des plateaux supérieurs de D5 à D7 n'expliquait pas le cortège de plaintes douloureuses et les symptômes allégués par la recourante, de sorte qu'il existait une importante auto-limitation et une perception élevée du handicap chez la recourante (ch. 6.2 rapport d'expertise).

La recourante fait également valoir que les experts n'ont pas tenu compte des observations réalisées pendant les stages d'observation professionnelle.

Si la Fondation PRO a effectivement relevé notamment qu'à 100%, le rendement de la recourante était de 20% seulement (rapport du 31 janvier 2023), il n'en demeure pas moins que selon la jurisprudence, les données médicales l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle et qui sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de la personne assurée (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_713/2019 du 12 août 2020 consid. 5.2).

La recourante fait enfin valoir que les experts ne se sont pas prononcés sur les appréciations divergentes des Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

S'agissant de la capacité de travail résiduelle de la recourante, la chambre de céans constate que le dossier ne contient pas d'appréciation médicale divergente puisque le Dr C\_\_\_\_\_ a, tout comme les experts, retenu que l'intéressée présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée (rapport du 13 décembre 2019, p. 18). Quant au Dr E\_\_\_\_\_, s'il a retenu une capacité de travail de 50% dans une activité en position assise, il ne s'est toutefois nullement prononcé sur la capacité de travail résiduelle de la recourante dans une activité adaptée (*cf.* rapports des 18 novembre 2022 et 8 mai 2023).

Au vu de ce qui précède, il n'existe aucun élément concret permettant de s'écarter des conclusions des experts retenant, en raison des atteintes somatiques, une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès deux ans après l'accident survenu en décembre 2016.

Ainsi, la mise en œuvre d'une expertise médicale, demandée par la recourante, s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves, de sorte que la conclusion préalable de la recourante doit être rejetée.

**4.2** Il convient de déterminer le taux d'invalidité que présentait la recourante, dont le statut est celui d'une assurée active à 100%.

**4.2.1** Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu réaliser 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. 8 al. 1 et art. 16 LPGA).

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 ; 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 128 V 174).

Le droit à la rente prend naissance 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, mais pas avant le mois qui suit le 18<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 1 LAI).

**4.2.2** 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 (ATF 139 V 28 consid. 3.3.2 et 135 V 297 consid. 5.1). 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 la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances au moment de la naissance du droit à la rente et des modifications susceptibles d'influencer ce droit survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (ATF 134 V 322 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_869/2017 du 4 mai 2018 consid. 2.2). 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. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou lorsque celui-ci a cessé son activité depuis plusieurs années (ATF 129 V 222 ; arrêt du Tribunal fédéral I 636/02 du 15 avril 2003 consid. 4.1) ou lorsque l'absence d'emploi est due à des motifs étrangers à l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_525/2021 du 31 mai 2022 consid. 6.2.1).

**4.2.3** Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé (ATF 135 V 297 consid. 5.2). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb).

Lorsque les tables ESS sont appliquées, il convient de se fonder, en règle générale, sur les salaires mensuels indiqués dans la table TA1, à la ligne « total secteur privé » ; on se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la valeur médiane ou centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b), étant précisé que, depuis l'ESS 2012, il y a lieu d'appliquer le tableau TA1\_skill\_level et non pas le tableau TA1\_b (ATF 142 V 178 ; arrêts du Tribunal fédéral 8C\_46/2018 du 11 janvier 2019 consid. 4.4 et 8C\_228/2017 du 14 juin 2017 consid. 4.2.2). La valeur statistique - médiane - s'applique alors, en principe, à tous les assurés 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 assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et non qualifiées (branche d'activités), n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. arrêts du Tribunal fédéral 9C\_603/2015 du 25 avril 2016 consid. 8.1 et 9C\_242/2012 du 13 août 2012 consid. 3).

Lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon les branches économiques dans le secteur privé) pour se référer à la table TA7 (salaire mensuel brut [valeur centrale] selon le domaine d'activité dans les secteurs privé et public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalide et que le secteur en question est adapté et exigible (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_625/2008 du 26 février 2009 consid. 3.2.1 ; 9C\_237/2007 du 24 août 2007 consid. 5.1, non publié à l'ATF 133 V 545, et les références ; voir aussi arrêt du Tribunal fédéral 9C\_29/2012 du 27 juin 2012 consid. 4.2). C'est le lieu de préciser que les tables TA1, T1 et TA7 des ESS publiées jusqu'en 2010 correspondent respectivement aux tables TA1\_skill\_level, T1\_tirage\_skill\_level et T17 des ESS publiées depuis 2012 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.2.2 et les références).

Il y a lieu de procéder à une réduction des salaires statistiques lorsqu'il résulte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) que le revenu que pourrait réaliser l'assuré en mettant en valeur sa capacité résiduelle de travail est inférieur à la moyenne. Un abattement global maximal de 25% permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b). Savoir s'il y a lieu de procéder à un abattement sur le salaire statistique en raison de circonstances particulières liées au handicap de la personne ou d'autres facteurs est une question de droit. L'étendue de l'abattement du salaire statistique dans un cas concret constitue en revanche une question

---

relevant du pouvoir d'appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_633/2016 du 28 décembre 2016 consid. 5.2). Il y a excès ou abus du pouvoir d'appréciation si l'autorité cantonale a retenu des critères inappropriés, n'a pas tenu compte de circonstances pertinentes, n'a pas procédé à un examen complet des circonstances pertinentes ou n'a pas usé de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_847/2018 du 2 avril 2019 consid. 6.2.3).

**4.2.4** La jurisprudence concernant l'utilisation de la table TA7 en lieu et place de la TA1, est applicable, *mutatis mutandis*, à la détermination du revenu sans invalidité lorsque celui-ci doit exceptionnellement être déterminé sur la base des tables ESS, étant donné que le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.3 et les références).

**4.2.5** En l'occurrence, le début du droit éventuel à une rente d'invalidité a été, à juste titre, fixé six mois après la demande de prestations, reçue par l'intimé en juillet 2018, soit au 1<sup>er</sup> janvier 2019, en conformité avec l'art. 29 LAI.

S'agissant du revenu sans invalidité, l'intimé a retenu un montant de CHF 54'783.- en se fondant sur la table ESS 2016 TA1\_tirage\_skill-level (secteur privé), ligne totale, niveau 1 (tâches physiques et manuelles simples), au motif que la recourante n'exerçait pas d'activité lucrative au début de son atteinte à la santé en décembre 2016 et qu'elle était aidée financièrement par l'hospice depuis le mois de mai 2015.

La recourante ne conteste pas l'utilisation des données statistiques pour fixer son revenu sans invalidité, mais critique le choix de la table utilisée par l'intimé, faisant valoir qu'il se justifie d'appliquer la table T17, qui serait plus appropriée.

Dès lors qu'au moment de la survenance de son incapacité de travail durable, en décembre 2016, la recourante émergeait auprès de l'hospice depuis plus d'une année et demie, le revenu sans invalidité doit effectivement être déterminé sur la base des tables ESS. Cela étant, dans la mesure où la recourante est au bénéfice d'une longue expérience professionnelle dans le domaine administratif (secrétaire/assistante) et d'un CFC d'employée de commerce obtenu en 2016, il y a lieu, conformément à la jurisprudence (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.3 et les références), de se fonder sur la table T17, groupe 4 (« employé(e)s de type administratif »), laquelle se révèle appropriée car elle permet d'évaluer le revenu que la recourante aurait réalisé sans l'atteinte à la santé, en tant qu'employée de commerce avec un CFC, et ce de manière plus concrète que la table TA1\_tirage\_skill\_level, ligne totale.

Selon la table T17, le revenu mensuel est de CHF 5'835.- (année 2018, « employé(e)s de type administratif », total femmes, tous âges confondus [à cet égard, *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_66/2020 du 14 avril 2020 consid. 4.3]), soit CHF 70'020.- (5'835 x 12) en 2018. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de

travail inférieure à la moyenne usuelle dans la branche en 2018 (42.2 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT ; T 03.02.03.01.04.01), ce montant doit être porté à CHF 73'871.10 ( $70'020 \times 42.2 / 40$ ), puis à CHF 74'601.15 ( $73'871.10 \times 2759 / 2732$ ) pour un plein temps, une fois indexé à 2019 - année déterminante pour le calcul du degré d'invalidité - selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les femmes (2018 : 2732 et 2019 : 2759).

S'agissant du salaire avec invalidité, l'intimé a retenu le montant de CHF 49'304.- en se fondant sur les ESS et en appliquant un abattement de 10%.

La recourante fait valoir que le revenu avec invalidité doit être fixé à CHF 19'795.-, compte tenu d'une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée, et d'un abattement de 10%.

Étant donné que la recourante n'a pas repris d'activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, il convient de se référer au revenu tiré des activités simples et répétitives pour une femme (ESS 2018, TA1\_tirage\_skill-level [secteur privé], ligne totale, niveau 1 [tâches physiques ou manuelles simples]), soit CHF 4'371.- par mois et CHF 52'452.- ( $4'371 \times 12$ ) en 2018. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire de travail inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2018 (41.7 heures par semaine ; Office fédéral de la statistique - statistique de la durée normale du travail dans les entreprises, DNT, T 03.02.03.01.04.01), ce montant doit être porté à CHF 54'681.20 ( $CHF 52'452.- \times 41.7 / 40$ ), puis à CHF 55'221.60 ( $54'681.20 \times 2759 / 2732$ ) pour un plein temps, une fois indexé à 2019 - année déterminante pour le calcul du degré d'invalidité - selon l'évolution des salaires en termes nominaux pour les femmes (2018 : 2732 et 2019 : 2759).

L'abattement de 10%, retenu par l'intimé pour tenir compte des limitations fonctionnelles de la recourante, lesquelles sont particulièrement restrictives, est justifié, et n'est, au demeurant, pas contesté par l'intéressée, étant précisé que les autres critères relatifs à l'âge, aux années de service, à la nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et au taux d'occupation n'entrent pas, en l'espèce, en ligne de compte.

Il en résulte un revenu avec invalidité de CHF 49'699.40.

La comparaison du salaire annuel sans invalidité (74'601.15) avec le salaire avec invalidité (49'699.40) aboutit à un degré d'invalidité de 33% ( $74'601.15 - 49'699.40 / 74'601.15 \times 100$ ), selon les règles applicables en mathématiques (ATF 130 V 121 consid. 3.2), soit un taux n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité.

En conséquence, la décision litigieuse, en tant qu'elle refuse à la recourante tout droit à une rente, ne peut qu'être confirmée.



**4.3** Reste à examiner si la recourante a droit à l'octroi de mesures d'ordre professionnel.

**4.3.1** Selon 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). Le droit aux mesures de réadaptation n'est pas lié à l'exercice d'une activité lucrative préalable. Lors de la fixation de ces mesures, il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante (art. 8 al. 1<sup>bis</sup> LAI). L'art. 8 al. 3 let. b LAI dispose que les mesures de réadaptation comprennent notamment les mesures d'ordre professionnel, lesquelles englobent l'orientation professionnelle, la formation professionnelle initiale, le reclassement, le placement et l'aide en capital.

Selon l'art. 17 al. 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. 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. 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. Enfin, 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 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_308/2021 du 7 mars 2021 consid. 7.3 et les références).

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 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).

De plus, il faut que l'invalidité soit d'une certaine gravité, soit 20% environ, pour que le droit à un reclassement soit ouvert (ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; 124 V 108 consid. 3a).

**4.3.2** En l'occurrence, l'intimé a rejeté le droit de la recourante à un reclassement au seul motif que sa perte de gain, de 10%, était insuffisante.

Or, dans la mesure où la recourante présente un degré d'invalidité de 33%, lequel est suffisant pour ouvrir un droit éventuel à un reclassement, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimé afin qu'il examine si l'intéressée remplit les autres conditions nécessaires à l'octroi de cette mesure de réadaptation, puis rende une nouvelle décision.

## **5.**

**5.1** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée dans la mesure où elle nie le droit à un reclassement, et confirmée pour le surplus, la cause étant renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire sur l'octroi d'un reclassement, et nouvelle décision.

**5.2** La recourante, obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un conseil, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, 89H al. 3 LPA et 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), qui seront fixés à CHF 2'000.- et mis à la charge de l'intimé.

**5.3** Pour le surplus, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al. 1<sup>bis</sup> LAI).

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimé du 11 janvier 2024 en tant qu'elle nie le droit à un reclassement.
4. La confirme pour le surplus.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
6. Alloue à la recourante, à charge de l'intimé, une indemnité de CHF 2'000.- pour participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Le président

Véronique SERAIN

Philippe KNUPFER

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