

GE_GERICHTE ATAS/391/2009 vom 31. März 2009

GE Cour de justice, 2009-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_391_2009

FR: GE_GERICHTE ATAS/391/2009 du 31 mars 2009

IT: GE_GERICHTE ATAS/391/2009 del 31 marzo 2009

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 3

a) La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre

A/2690/2008 - 8/18 - 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 9 juillet 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Par contre, les dispositions de la LAI dans sa teneur en vigueur à compter du 1er janvier 2008 (5ème révision) n'ont pas à être prises en considération dans le cadre de l'examen du droit à la rente. b) Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 4

Sont litigieux dans le cas d'espèce le droit de la recourante à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement le taux d'invalidité présenté, et le droit à des mesures professionnelles, notamment sous la forme d'un reclassement.

E. 5

a) Afin de rendre sa décision, l'office intimé a soumis la recourante à une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre d'expertise médicale de Genève. Le rapport rendu par les spécialistes de ce centre, en date du 8 juin 2007, conclut à une capacité de travail résiduelle de 5 à 6 heures quotidiennes, dans une activité adaptée, avec diminution de rendement de 20 % pour tenir compte des pauses nécessaires dues à la fatigabilité en lien avec l'affection psychiatrique. b) 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). Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 299). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

A/2690/2008 - 9/18 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1). Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 360 consid. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). En principe, le juge ne s'écarter pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). En effet, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire

lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI,

A/2690/2008 - 10/18 - Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 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 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité). c) Dans le cas d'espèce, force est de constater que l'expertise diligentée par l'administration remplit les conditions posées par la jurisprudence pour que lui soit accordée pleine valeur probante. Le rapport en question procède d'une analyse complète de la situation médicale de l'intéressée, qui a été examinée par de nombreux spécialistes, et tient compte de ses plaintes. Les conclusions, rendues au terme d'une évaluation consensuelle du cas, sont clairement motivées et n'apparaissent pas en contradiction avec les constatations cliniques dûment rapportées dans l'expertise. Les avis médicaux produits ultérieurement par la recourante devant l'intimé ne changent rien à cette appréciation. En effet, comme l'a exposé le SMR dans son avis du 28 mai 2008, les pathologies nouvellement mises en évidence lors d'un examen radiologique (problèmes d'épaule) avaient déjà été retenues dans leurs manifestations (examen clinique rhumatologique effectué dans le cadre de l'expertise). L'ajout d'un diagnostic, dans ces conditions, n'est d'aucune influence sur l'appréciation globale de la situation. Pour le surplus, la recourante ne remet plus véritablement en cause ladite évaluation, se référant principalement aux conclusions de l'expertise du Centre d'expertise médicale de Genève dans son mémoire de réplique. Dans ces circonstances, le Tribunal de céans s'en remettra à ces conclusions. Il convient donc de retenir que la recourante est capable de mettre à profit une capacité de travail résiduelle de 5 à 6 heures par jour, diminuée de 20% en raison d'une baisse de rendement (dont il est clairement exposé qu'elle sera à même de permettre à l'intéressée de tenir l'exigibilité fixée ; elle n'est donc pas, contrairement à ce qu'allègue l'intimé, comprise dans l'évaluation générale de la capacité de travail), dans une activité adaptée à compter de juin 2007, moment de l'expertise. Celle-ci consiste en une profession légère à mi-lourde n'impliquant pas de travaux lourds, de port de charges, de mouvements répétitifs de la tête ou du corps ; les activités en équilibre ou en hauteur, de même que le maintien d'une position constante durant le temps de travail, sont également impossibles.

E. 6

a/aa) En vertu de l'art. 28a LAI, qui peut être employé sans réserve dans le cas d'espèce eu égard au fait que son contenu reprend l'ancienne réglementation, l'art. 16 LPGa s'applique à l'évaluation de l'invalidité des assurés exerçant une activité lucrative (al. 1er). L'invalidité de l'assuré qui n'exerce pas d'activité lucrative et dont on ne peut raisonnablement exiger

qu'il en entreprenne une est évaluée, en dérogation à l'art. 16 LPGA, en fonction de son incapacité à accomplir ses travaux habituels (al. 2). Lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps

A/2690/2008 - 11/18 - partiel ou travaille sans être rémunéré dans l'entreprise de son conjoint, l'invalidité pour cette activité est évaluée selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon l'al. 2 pour cette activité-là. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative ou du travail dans l'entreprise du conjoint et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité (al. 3). Toutefois, lorsqu'il y a lieu d'admettre que si l'assuré ne souffrait d'aucune atteinte à la santé, il exercerait, au moment de l'examen de son droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27bis RAI). 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. a/bb) Dans le cas présent, l'assurée a travaillé, avant d'être licenciée pour fermeture des bureaux [dans lesquels elle exerçait], en qualité de femme de ménage à raison de trois heures par jour pendant plusieurs années suite au décès de son époux. Elle a ensuite bénéficié des prestations de l'assurance-chômage et a réalisé un gain intermédiaire en tant qu'employée dans le nettoyage à raison de deux heures quotidiennes. Dans le questionnaire permettant de déterminer le statut qu'elle a rempli, elle a précisé qu'en bonne santé, elle travaillerait à raison de 50 à 70 % pour des motifs financiers essentiellement. Lors de l'enquête ménagère enfin, elle a mentionné qu'elle travaillerait à temps plein si elle le pouvait. Eu égard à sa situation financière (l'assurée n'a, pour seuls revenus autres que ceux pouvant provenir de son travail, qu'une rente de veuve relativement faible) et familiale (elle partage son appartement et donc ses charges avec son fils qui a la trentaine et dont on peut considérer qu'il est susceptible de quitter à tout moment le domicile parental), on peut retenir, comme l'a fait l'intimé, qu'elle travaillerait vraisemblablement à temps plein pour subvenir à ses besoins si elle n'était pas atteinte dans sa santé. C'est dès lors le statut de personne active qui doit s'appliquer. b/aa) 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. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible, c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires. 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

A/2690/2008 - 12/18 - de l'Enquête suisse sur la structure des salaires 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 (arrêt B 80/01 du 17 octobre 2003 consid. 5.2.2 et les références, résumé dans REAS 2004 p. 239). b/bb) Dans le cas d'espèce, la recourante était au chômage avant d'être déclarée incapable de travailler par ses médecins. Il n'est donc pas possible de se fier à son dernier gain, pas plus qu'à celui qu'elle percevait auparavant. On se référera dès lors, conformément à la jurisprudence ci-dessus mentionnée, aux données émanant de l'Office fédéral de la statistique (ESS) et non à une convention collective de travail comme requis par l'intéressée. Pour l'année de comparaison déterminante (juin 2007, soit le moment à partir duquel la recourante est apte à reprendre une activité professionnelle selon expertise médicale), le revenu sans invalidité à prendre en considération se monte à 3'954 fr. 85 (salaire mensuel brut pour un travail exercé à raison de 40 heures hebdomadaires [médiane] perçu par une femme exerçant dans le domaine du nettoyage avec un niveau de qualification 4 [TA7, ligne 35], soit sans formation, en 2006 [3'729 fr.], adapté à l'horaire usuel de travail dans les entreprises en 2007 [41,8 heures pour le domaine des services collectifs et personnels ; La Vie économique 1/2-2009, tableau B9.2] et indexé selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes [: 2417 x 2453 ; La Vie économique, 1/2- 2009, tableau B10.3]). c/aa) 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, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. 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 (arrêt du

A/2690/2008 - 13/18 - Tribunal fédéral I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il convient de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent de l'ESS (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). c/bb) Il convient de considérer qu'un marché équilibré du travail (sur cette notion, cf. ATF 110 V 273) est en mesure d'offrir à la recourante des postes de travail adaptés à son handicap. En effet, si l'on prend en considération l'avis des experts quant à la capacité résiduelle de travail, la situation personnelle de l'intéressée, ainsi que le large éventail d'activités simples et répétitives, n'impliquant pas de formation autre qu'une mise au courant initiale, offert par les secteurs de la production et des services, il n'est de loin pas illusoire ou irréaliste d'admettre qu'il existe un nombre significatif de métiers pouvant être exercés par l'intéressée en dépit de ses limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que point n'est besoin de mettre en œuvre un stage d'observation professionnelle tel que demandé par la recourante pour déterminer son invalidité et le type d'activité dans laquelle elle peut faire valoir sa capacité de travail résiduelle. Dès lors, compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer la recourante dans une activité légère et adaptée, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé (tous secteurs confondus), soit, en 2006, 4'019 fr. par mois (ESS 2006, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2007 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 4'189 fr. 80. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des

salaires nominaux pour les femmes de l'année 2007 (x 1,6 % ; La Vie économique 1/2-2009 tableau B10.2), on obtient un revenu mensuel de 4'256 fr. 80. L'office intimé a retenu - à raison - que la recourante pouvait mettre à profit une capacité de travail résiduelle de 75 %, (l'exigibilité fixée par les médecins devant être rapportée à un plein temps de 8 heures hebdomadaires), il ne se justifie pas de s'en écarter (il est à relever que la tâche des médecins, s'ils devaient se prononcer en regard du nombre effectif d'heures travaillées dans les entreprises, serait beaucoup trop compliquée vu les fluctuations et sujette à de nombreuses erreurs possibles ; on ajoutera encore que les salaires statistiques de l'ESS sont eux aussi fondés sur une durée hebdomadaire de travail de 8 heures). Par contre, il y a lieu de déduire encore 20 % pour la diminution de rendement attestée médicalement. On obtient ainsi un revenu mensuel provisoire de 2'554 fr. 10. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tienne compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75

A/2690/2008 - 14/18 - consid. 5 p. 78). Vu l'âge de l'intéressée au moment déterminant - 58 ans -, son absence de formation et son niveau de scolarisation rudimentaire (4 années d'école primaire), du fait que seule une activité à temps partiel est possible, de surcroît assortie de nombreuses limitations fonctionnelles, le Tribunal estime qu'une déduction supplémentaire de 20 % est justifiée. Il s'ensuit que le revenu mensuel avec invalidité déterminant est de 2'043 fr. 30. c/cc) En conséquence, le taux d'invalidité de la recourante est de 48 %, ce qui lui ouvre le droit à un quart de rente de l'assurance-invalidité trois mois après l'amélioration de son état de santé (fin de la période des divers traitements chirurgicaux rendant toute activité impossible) constatée par les experts (cf. art. 88a al. 1 RAI), soit à compter du 1er octobre 2007. d) Pour la période s'étendant entre la fin du délai de carence (une année après le début de l'incapacité de travail durable, soit septembre 2005 ; art. 29 al. 1 let. b LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007 ; ATF 129 V 222 consid. 4.1 et 128 V 174) et le moment à partir duquel elle peut mettre en valeur sa capacité de travail résiduelle (1er octobre 2007, cf. ci-avant), la recourante doit être considérée totalement incapable de travailler, comme cela ressort tant de l'expertise diligentée par l'OCAI que de l'avis des médecins du SMR. Il suit de ce qui précède que le droit à la rente s'établit comme suit : une rente entière du 1er septembre 2005 au 30 septembre 2007, puis un quart de rente dès le 1er octobre 2007.

E. 7

La recourante requiert par ailleurs à être mise au bénéfice de mesures de réadaptation, sous la forme de mesures d'ordre professionnel, plus spécifiquement d'un reclassement dans une nouvelle profession.

E. 8

a) À teneur de l'art. 8 al.1er 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). Conformément à l'art. 8 al. 1bis LAI, 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. L'art. 8 al. 3 LAI dispose que les mesures de réadaptation

comprennent des mesures médicales (let. a), des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle (let. abis), des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement, placement, aide en capital) (let. b) et l'octroi de moyens auxiliaires (let. d).

A/2690/2008 - 15/18 - b) 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. 1er). 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. 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). En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références ; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier, l'assuré ne peut prétendre à une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1er LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût. Dès lors que le service de placement n'est pas une mesure de réadaptation particulièrement onéreuse, il suffit qu'en raison de son invalidité l'assuré rencontre des difficultés dans la recherche d'un emploi, mêmes minimales, pour y avoir droit (ATF 116 V 80 consid. 6a). En revanche, le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de l'ordre de 20% (ATF 124 V 108 consid. 2b et les références). Pour statuer sur le droit à la prise en charge d'une nouvelle formation professionnelle, les préférences de l'assuré 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 est d'offrir une possibilité de gain à peu près

A/2690/2008 - 16/18 - équivalente à celle dont disposait la personne assurée sans invalidité (cf. VSI 2002 p. 109 consid. 2a ; RJJ 1998 p. 281 consid. 1b et les références).

E. 9

a) Dans le cas présent, l'intimé a considéré que le respect du principe d'équivalence, de même que le défaut de motivation de la recourante, ne permettraient pas l'octroi d'une mesure de reclassement, ce que conteste l'intéressée. Celle-ci estime en outre que le fait de

lui refuser un reclassement au motif qu'elle n'a pas de formation professionnelle serait une violation de l'égalité de traitement prohibée par la Constitution fédérale. b) On ne saurait voir les choses de la même manière que la recourante. Premièrement, le grief de violation de l'égalité de traitement est manifestement infondé. Le droit au reclassement doit s'apprécier en regard de nombreux critères, parmi lesquels celui de l'équivalence. L'équivalence se détermine en fonction de différents aspects, notamment celui du niveau de formation avant et après la mesure, d'où la prise en considération du parcours professionnel de la personne assurée. Le but de l'assurance-invalidité n'est en effet pas de procurer aux assurés des possibilités de perfectionnement professionnel, mais bien de maintenir leurs possibilités de gain antérieures sur le marché du travail. Dans ces circonstances, il se justifie pleinement de tenir compte de la formation dont dispose l'assuré au moment de son invalidité, étant précisé que des exceptions sont possibles lorsque rendues nécessaires par l'invalidité (octroi d'une formation de niveau supérieur indispensable au maintien d'une activité rémunérée en raison de l'atteinte à la santé). Cela permet d'éviter l'arbitraire dans les décisions d'octroi ou de refus de mesures de reclassement, au contraire de ce qu'allègue la recourante. En second lieu, au vu des limitations fonctionnelles présentées par la recourante, il y a lieu de considérer qu'un marché équilibré du travail offre un éventail de postes de travail suffisamment large et diversifié adapté à ces dernières et pour lesquels une simple mise au courant suffit. L'octroi d'une formation certifiée n'est donc pas non plus nécessaire pour ce motif. Enfin, au moment de la décision dont est recours, l'assurée avait 59 ans. Etant donné le nombre de mois, voire d'années nécessités par un reclassement, force est de constater que le temps à disposition pour faire valoir la capacité de travail dans la profession nouvellement apprise serait extrêmement bref. Le coût de la mesure serait donc en totale disproportion avec son but. En pareilles circonstances, c'est à bon droit que l'office intimé a nié le droit de la recourante à une mesure de reclassement, ce d'autant plus que l'intéressée, quand bien même elle déclare le contraire, ne fait preuve d'aucune motivation réelle pour la reprise d'une activité, mettant sans cesse en avant ses limitations fonctionnelles, traitements médicaux et autres empêchements. Si elle était réellement intéressée à faire valoir sa capacité de travail, elle n'aurait pas fait reporter à deux reprises la

A/2690/2008 - 17/18 - mise en place éventuelle d'un stage et elle aurait d'ores et déjà requis le bénéfice de l'aide au placement. Comme l'OCAI l'indique très justement, seule une telle prestation apparaît adéquate dans le présent cas. Eu égard à ce qui vient d'être relaté, elle ne sera toutefois pas ordonnée, la recourante demeurant libre de faire valoir son droit à une aide au placement lorsqu'elle fera preuve d'intérêt réel pour cette prestation.

E. 10

Il suit de tout ce qui précède que le recours est partiellement admis, en ce sens que la rente entière d'invalidité est prolongée jusqu'au 30 septembre 2007 pour être ensuite remplacée par un quart de rente. L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice, fixés à 200 fr., et versera une indemnité de dépens de 1'000 fr. à la recourante.

A/2690/2008 - 18/18 -