

GE_GERICHTE A/2335/2008 vom 12. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2335_2008

FR: GE_GERICHTE A/2335/2008 du 12 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE A/2335/2008 del 12 novembre 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 12.11.2008
A/2335/2008

A/2335/2008 ATAS/1251/2008 du 12.11.2008 (AI) , PARTIELMNT ADMIS En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2335/2008 ATAS/1251/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 12 novembre 2008 En la cause Madame V _____, domiciliée à GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BOROWSKY Jacques recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame V _____, née en 1955, est d'origine portugaise et naturalisée Suisse en 2006. Elle est mère de deux enfants, nés en 1984 et en 1985, et veuve depuis 1999. En dernier lieu, elle a travaillé en tant qu'employée de maison jusqu'en 2003, ainsi que comme nettoyeuse de bureaux. Dans cette dernière activité, elle était engagée à raison de 13 heures par semaine au tarif horaire de 19 fr. 50 en 2007. Depuis 1994, elle a été opérée à plusieurs reprises d'un hallux valgus bilatéral. Dans son rapport du 31 juillet 2003, le Dr A _____, médecin à la Consultation ambulatoire de rhumatologie des Hôpitaux universitaires (HUG), pose le diagnostic de fibromyalgie. La patiente se plaint depuis deux ans de douleurs, ainsi que d'une sensation de brûlures au niveau des omoplates, de la région lombaire, des coudes et des genoux. Elle décrit en outre une sensation de tuméfaction des mains, des coudes et des genoux, mais sans rougeurs cutanées ni gradient thermique. Elle signale également une importante asthénie, de fréquents vertiges difficiles à préciser, des troubles du sommeil et des paresthésies occasionnelles dans les quatre membres. Elle bénéficie par ailleurs d'un traitement anti-dépresseur en raison d'un état dépressif connu depuis 1995 environ. L'examen clinique est non relevant, hormis de vives douleurs à la palpation de tous les points d'insertion tendineuse. Il n'y a pas d'argument pour des douleurs secondaires à un rhumatisme inflammatoire débutant. Dans son rapport du 6 novembre 2003, le Dr B _____, rhumatologue, relève que la patiente a fait l'objet de plusieurs interventions sur son pied gauche et présentait dans les suites opératoires une algodystrophie du pied gauche en 1998. Depuis ces interventions, elle a l'impression d'avoir commencé à souffrir de douleurs ostéo-articulaires diffuses associées à d'autres troubles (difficulté à s'endormir, ballonnements abdominaux, asthénie, sensations vertigineuses, épisodes de paresthésie des quatre membres, crampes). Elle est en outre connue pour un état dépressif depuis environ 1995. Du 23 juillet au 15 octobre 2003, elle était en incapacité totale de travailler à 100 %. Actuellement, elle travaille à 50 %. Le tableau clinique est compatible avec une fibromyalgie. Il survient dans un contexte clair d'état dépressif chez une patiente qui est veuve depuis cinq ans, vit avec ses deux enfants dont une fille qui a souffert d'un état dépressif il y a cinq ans. En juillet 2005, l'intéressée est examinée par le médecin-conseil de l'Office cantonal de l'emploi (ci-après : OCE), le Dr C _____, généraliste. Selon le

rapport du 14 juillet 2005 de ce médecin, l'activité habituelle peut être exercée à raison de 50 %. Dans une autre activité, la capacité de travail est de 100 %. L'assurée doit éviter de longs déplacements à pied et la station debout prolongée. Pour un emploi à 100 %, une réorientation professionnelle est souhaitable. Du 3 au 31 octobre 2005, l'intéressée suit un stage à l'atelier de réadaptation préprofessionnelle des HUG. Selon le rapport du 4 décembre 2005 du Dr D _____ et de M. W _____, technicien responsable, elle est extrêmement volontaire, ce qui la met régulièrement en difficulté, dès lors qu'elle ne tient plus compte de ses limites physiques. Elle termine généralement la journée complètement épuisée et devient alors irritable au détriment de son entourage. Dans les conclusions, ils relèvent notamment qu'une reprise dans son ancienne profession est exclue. Même les deux heures d'activité qu'elle exerce cinq soirs par semaine ne paraissent pas très adéquates, car elles sollicitent trop ses deux pieds. Sa capacité de travail dans un poste assis où la colonne cervicale ainsi que les membres inférieurs ne sont pas trop sollicités est de 100 %. Un reclassement professionnel leur paraît indispensable. Selon le rapport du 5 mars 2007 du Dr E _____, spécialiste en médecine interne et en endocrinologie, l'assurée présente une thyroïdite vraisemblablement chronique auto-immune à fonction pour l'instant encore conservée. Concernant les symptômes cervicaux, ce médecin relève qu'ils n'étaient pas reproductibles à la palpation et se demande si le traitement antidépresseur à l'Efexor pourrait être éventuellement responsable de ces symptômes. Ils pourraient être dus également à un reflux gastro-oesophagien ou un terrain anxieux chronique. Toutefois, la thyroïdite est considérée comme étant banale par le Dr E _____. Par demande reçue le 8 mars 2007, l'intéressée requiert des prestations d'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente. Dans son rapport du 21 mars 2007, le Dr B _____, rhumatologue diagnostique un trouble somatoforme douloureux et un état dépressif. La thyroïdite chronique est sans répercussion sur la capacité de travail. Il mentionne par ailleurs que l'assurée est à 70 % au chômage et fait deux heures de ménage par jour. L'état est stationnaire. Le Dr B _____ estime qu'il ne peut pas se prononcer sur la répercussion des douleurs sur la capacité de travail et qu'une expertise psychiatrique est nécessaire. Selon le rapport du 28 mars 2007 du Dr F _____, l'assurée souffre d'une fibromyalgie, de cervico-dorso-lombalgies, d'un hallux valgus du pied gauche opéré à plusieurs reprises et d'un état dépressif. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, il mentionne une thyroïdie chronique auto-immune. L'état est stationnaire. La capacité de travail dans une activité physique est nulle et aucune autre activité professionnelle n'est exigible, selon l'annexe à son rapport médical. Dans son rapport du 8 mai 2007, le Dr G _____, psychiatre traitant, diagnostique un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, un status post-cure à répétition de l'hallux valgus depuis 1994, des lombalgies chroniques, une fibromyalgie, des événements difficiles (sa fille est mère célibataire), l'absence d'un des membres de la famille (décès de son mari), et un soutien familial inadéquat (solitude). Dans l'anamnèse, il mentionne que la patiente a eu trois grossesses, mais qu'elle a subi un accident lors de son transfert à la maternité pour l'accouchement du premier enfant, de sorte que celui-ci est mort-né le 31 décembre 1980. Le tableau clinique est caractérisé par une dysthymie, une dysphorie, une adynamie, une irritabilité, une dystonie neuro-végétative, des algies disséminées, des céphalées, des douleurs du rachis, des spasmes, contractures, idées obsédantes, un rétrécissement du champ de conscience, un sentiment d'incomplétude et un sommeil désorganisé. Dans l'annexe à son rapport médical, ce médecin estime que l'activité exercée jusqu'alors n'est plus exigible, mais que l'assurée présente une capacité de travail de 100 % dans une autre activité. A la demande de

l'assureur perte de gain de l'employeur, le Dr H_____, spécialiste en allergologie, immunologie clinique et médecine interne, procède le 15 mai 2007 à une expertise. Dans son rapport du 24 mai 2007, il mentionne que la patiente est connue pour un hallux valgus bilatéral, opérée cinq fois à gauche et 3 fois à droite. Elle présente une gêne à la marche, ainsi que des douleurs sous les pieds. Depuis le 12 janvier 2007, elle est en arrêt de travail et la reprise dans son activité de nettoyage semble exclue en raison des douleurs. Lors de l'entretien, l'expertisée s'inquiète beaucoup au sujet de ses enfants (tentamen chez sa fille) et pleure à plusieurs reprises. A l'examen clinique, l'expert constate que la patiente est en bon état général, présente des douleurs diffuses difficiles à caractériser, ainsi que plusieurs points de fibromyalgie. Il n'y a pas de signe pour une hernie discale et de déficits neurologiques. Le Dr H_____ relève par ailleurs une discrète contracture lombaire. Il émet le diagnostic de lombalgies et cervicalgies chroniques, de fibromyalgie, de status post-opération hallux valgus bilatéral et d'état dépressif. La capacité de travail est actuellement nulle, mais à terme, à savoir en septembre ou octobre 2007, elle devrait pouvoir reprendre son activité. Un changement de profession devrait être envisagé. Le pronostic est moyen à réservé. Le traitement semble être bien adapté. Toutefois, une reprise des activités socio-professionnelles serait certainement une aide pour la patiente. Dans son rapport du 12 juin 2007 à l'assureur perte de gain, le Dr G_____ reprend les diagnostics de son précédent rapport et certifie une incapacité de travail totale dans l'activité exercée jusqu'alors. Le 5 juillet 2007, le Dr I_____, psychiatre, procède à une expertise. Selon son rapport de la même date, l'assurée présente un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique, avec une tristesse et une fatigabilité persistante depuis plusieurs mois, une diminution de la concentration et de l'attention, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir et une perturbation importante du sommeil. Concernant le diagnostic somatique, l'expert renvoie à l'expertise du Dr H_____. Le taux d'incapacité de travail à 100 % constatée par ce dernier pourrait être diminué par une optimisation de la prise en charge psychiatrique. Il conviendrait d'abord de vérifier la compliance du traitement antidépresseur et de consolider le traitement psychothérapeutique par une prise en charge psychothérapeutique hebdomadaire dans le but de renforcer l'estime de soi et de gérer les conflits afin de lui permettre de sortir de sa relation conflictuelle avec sa fille. Après trois mois de traitement psychiatrique, une reprise progressive du travail pourrait être envisagée avec un taux d'activité de 20 %, puis jusqu'à 50 % dans les six mois. Le pronostic du trouble dépressif de l'assurée est relativement favorable à court terme, mais dépend de sa capacité à s'investir dans un traitement psychothérapeutique renforcé. La capacité de travail est évaluée à 50 %, étant donné son âge, la fragilité de son entourage/ressources et la présence d'une symptomatologie douloureuse chronique. L'expert mentionne par ailleurs que l'assurée avait déjà été suivie pour un état dépressif réactionnel à des difficultés conjugales et familiales en 1994 et 1995. Le 20 décembre 2007, le Dr G_____ communique au SMR que l'état de santé de l'assurée évolue vers la chronicité depuis son rapport du 8 mai 2007. Elle continue à prendre une médication psychotrope, malgré les effets secondaires. Il joint le premier résultat de dosage sanguin, tout en mentionnant que la concentration n'est pas encore thérapeutique. Par ailleurs, sur le plan psychique, l'état n'est pas stabilisé. La patiente est très affectée par les tensions existentielles de ses deux enfants. Le 7 février 2008, l'assurée est soumise à un examen clinique rhumato-psychiatrique par les Drs J_____ et K_____ du Service médical régional AI pour la Suisse romande (ci-après : SMR). Dans l'anamnèse, ils relèvent que la fille de l'assurée est mère célibataire d'un fils de 3 ans et vit seule depuis juillet 2007. Elle est décrite comme violente par

l'assurée et aurait fait plusieurs tentatives de suicide. Son fils est menuisier, vit maritalement et est père d'un fils de deux mois. Du point de vue financier, l'assurée bénéficie d'une rente de veuve de 774 fr. par mois et d'une rente du 2^{ème} pilier de 1'344 fr. Sa vie sociale est pauvre avec peu d'amis, mais elle est bien soutenue par sa famille qu'elle voit régulièrement. Elle a vécu depuis les années 1990 un conflit conjugal accompagné d'une symptomatologie anxio-dépressive réactionnelle et était suivie à l'époque pendant une année par le Dr L_____, psychiatre, lequel lui a prescrit un traitement médicamenteux anti-dépresseur et anxiolytique. Elle n'a jamais été hospitalisée en milieu psychiatrique. Suite à une évolution favorable et par "manque de temps", elle a arrêté cette prise en charge. Par la suite, elle a été suivie pendant quelques mois par un autre psychiatre à Genève, avec lequel elle avait eu un très mauvais contact. Depuis le 27 janvier 2004, elle consulte le Dr G_____ à raison d'une séance par semaine et suit un traitement anti-dépresseur. Dans les plaintes, elle fait état de douleurs aux pieds et au dos, ainsi que de tristesse. A l'examen clinique, l'assurée est en excellent état général. La symptomatologie algique diffuse est compatible avec une fibromyalgie (14/18). Il y a 3/5 signes selon Waddell en faveur d'un processus non-organique. Les médecins mettent en évidence un déconditionnement musculaire, ainsi qu'une déformation en hallux valgus bilatérale avec le 2^{ème} orteil en crochet et un raccourcissement du premier rayon. Dans le status psychiatrique, il est noté que l'assurée est correctement habillée, très soignée, paraissant plus jeune que son âge, détendue, collaborante et orientée au trois modes. Les médecins du SMR n'ont pas objectivé des troubles de la mémoire, de la concentration ou de l'attention ni d'un ralentissement psychomoteur. La thymie est légèrement triste. Elle ne présente pas d'adynamie, d'anédonie, de diminution du plaisir, de perte de l'élan vital, ni d'agressivité ou d'irritabilité. Dans le contact, elle est très ouverte à la relation, sociable et authentique. Elle n'a jamais fait de tentative de suicide et ne verbalise pas d'idées suicidaires. Les experts n'ont pas objectivé d'angoisses. Ils n'ont pas non plus mis en évidence de symptômes en faveur d'un diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, en l'absence d'un véritable sentiment de détresse. L'épisode dépressif moyen objectivé par l'expert psychiatre en juillet 2007 est actuellement en rémission et n'a aucune incidence sur la capacité de travail. Il était en outre réactionnel au trouble douloureux persistant. Quant à la dysthymie, caractérisée par une dépression chronique de l'humeur, elle ne constitue pas une maladie psychiatrique invalidante et n'a non plus d'incidence sur la capacité de travail. Les médecins diagnostiquent ainsi des podalgies bilatérales séquellaires sur status après plusieurs interventions pour cure de hallux valgus et déformation des voûtes plantaires. Les diagnostics de fibromyalgie, d'épisode dépressif moyen et de dysthymie d'intensité légère sont sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan somatique, celle-ci est de 50 % dans l'activité habituelle de femme de ménage. Dans une activité adaptée, à caractère sédentaire et ne nécessitant pas de longs déplacements à pied, elle est de 100 %, sans diminution de rendement. Ce faisant, les médecins du SMR ne tiennent pas compte de la fibromyalgie. Dans les limitations fonctionnelles, les médecins mentionnent une diminution du périmètre de marche de 10 à 15 minutes, absence de positions statiques debout, de montées ou descentes d'escalier, de position accroupie ou en genuflexion. A la demande de l'assureur perte de gain, le Dr I_____ procède à une seconde expertise psychiatrique le 21 février 2008. Dans son rapport de la même date, il complète l'anamnèse, en mentionnant que la fille de l'assurée habite depuis l'été un studio avec son enfant, à la suite d'une altercation violente, dans laquelle le fils de l'assurée s'est interposé avec force. L'assurée garde des contacts réguliers avec sa fille, à raison de trois fois par mois. La compliance est

fluctuante. L'assurée évoque des oublis, des erreurs, voire des réserves du fait de la survenue de symptômes tels que vertiges, nausées, céphalées, bien que ces dernières se manifestent également lorsqu'elle ne prend pas son traitement. Les diagnostics de l'expert sont un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. La capacité de travail actuellement est nulle, mais pourrait être entière dans deux à trois mois, d'un point de vue psychiatrique. Dans le pronostic, l'expert relève que l'évolution va vers le mieux, sans pour autant que l'assurée s'applique à faire ce que l'on pourrait attendre d'elle. Ses capacités cognitives et relationnelles ne s'opposent plus à des changements. Sur la base de l'examen du SMR, les Drs M _____ et N _____ du SMR retiennent, dans leur avis médical du 28 février 2008, une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle et de 100 % dans une activité adaptée depuis fin 2003. Par projet de décision du 14 mars 2008, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser le droit à une rente d'invalidité et à une mesure de reclassement. Ce faisant, cet office se fonde essentiellement sur l'examen du SMR. Par ailleurs, il évalue la perte de gain de l'assurée à 13,8 % dans une activité adaptée. Le 9 mai 2008, l'assurée s'oppose au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle conclut à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise et à l'octroi d'une rente d'invalidité. Subsidiairement, elle demande des mesures de reclassement. Elle reproche à l'OCAI de se fonder uniquement sur des constatations cliniques, sans tenir compte du phénomène de la fibromyalgie ni des multiples opérations du hallux valgus bilatéral. Dans leur avis médical du 20 mai 2008, les Drs M _____ et N _____ constatent que les critères de gravité pour admettre le caractère invalidant d'une fibromyalgie ne sont pas réalisés. Ils reprennent ainsi les conclusions de leur précédent avis. Par décision du 27 mai 2008, l'OCAI confirme son projet de décision, tout en précisant que l'assurée pourrait bénéficier d'une aide au placement, sur demande écrite et motivée. Par acte du 27 juin 2008, l'assurée recourt contre cette décision, en concluant préalablement à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et principalement à l'annulation de la décision, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité de 50 % au moins à compter du 1^{er} mars 2007, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle demande des mesures d'observation professionnelle. Elle conteste la valeur probante de l'examen clinique rhumato-psychiatrique du SMR, dès lors que les conclusions de cet examen sont en contradiction avec celles des autres médecins consultés. Elle relève notamment que le diagnostic de podalgies bilatérales est unanimement reconnu comme étant invalidant. Il entraîne d'importantes limitations fonctionnelles de l'appareil locomoteur. A cela s'ajoutent des douleurs multiples et une symptomatologie dépressive qui a débuté en 1994 déjà. Selon son appréciation, tous les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux ou d'une fibromyalgie sont réunis. Par ailleurs, sans aucune formation professionnelle, il paraît difficilement envisageable qu'elle parvienne à trouver une activité adaptée à son état de santé. Dans son préavis du 25 août 2008, l'intimé conclut au rejet du recours. Il allègue notamment qu'il n'existe pas de comorbidité psychiatrique grave à la fibromyalgie diagnostiquée et que les autres conditions cumulatives de la jurisprudence ne sont pas non plus réalisées pour admettre un caractère invalidant de cette affection. Il rappelle également que les maîtres socio-professionnels des HUG ont conclu à une capacité de travail de 100 % dans une activité adaptée. Quant aux mesures de reclassement, le droit à celles-ci n'est pas ouvert, en l'absence d'une perte de gain de 20 % au moins. Sur ce, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} 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). 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). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, sont également applicables dans le présent litige dès le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, le droit aux prestations doit être déterminé en applications des anciennes dispositions. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). L'objet du litige est la question de savoir si la recourante présente une invalidité lui ouvrant le droit aux prestations de l'assurance-invalidité. 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 (art. 6 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 (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA). a) 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 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). b) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in : Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gall 2003, p. 77). Dans un arrêt du 8 février 2006 (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten, in : Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de WINCKLER et FOERSTER; voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral des assurances, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine; MEYER/BLASER, op. cit. p. 81,

note 135). Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007, est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.».

a) En ce qui concerne la preuve, 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 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). 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 322 consid. 5a). 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 LPG), 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). b) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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/bb et cc). c) 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, 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). En l'espèce, la recourante a fait l'objet de plusieurs appréciations et expertises médicales. Il est à noter en premier lieu que le Dr B _____ a indiqué, dans son rapport du 6 novembre 2003, qu'il était trop tôt pour conclure à une incapacité de travail durable et a insisté sur l'importance de continuer une activité professionnelle au moins à 50 %. Le médecin-conseil de l'OCE a constaté, dans son rapport du 14 juillet 2005, que la recourante pourrait travailler à 50 % dans son activité actuelle et à 100 % dans une activité adaptée. Dans leur rapport du 4 décembre 2005, les maîtres socio-professionnels des HUG ont estimé que sa capacité de travail était nulle dans l'activité exercée jusqu'alors, en raison des douleurs aux pieds, mais entière dans un poste assis. Dans son rapport du 21 mars 2007, le Dr Bertrand B _____ a indiqué ne pas pouvoir se prononcer sur la répercussion des douleurs sur la capacité de travail. Le Dr F _____ a évalué la capacité de travail à 100 % dans l'importe quelle activité, dans son rapport du 28 mars 2007. Le Dr G _____ a considéré, dans son rapport du 8 mai 2007, que la capacité de travail était nulle dans l'activité exercée jusqu'alors et totale dans une activité adaptée. Dans son rapport du 12 juin 2007, il a confirmé à l'assureur perte de gain une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle. Le 24 mai 2007, le Dr H _____ a évalué la capacité de travail à 0% et dit parallèlement qu'un changement d'activité devrait être envisagé. Cependant, s'agissant d'un expert de l'assureur perte de gain de l'employeur, il y lieu d'admettre qu'il s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante comme nettoyeuse et employée de maison. Dans son rapport d'expertise du 5 juillet 2007, le Dr I _____ semble souscrire à une incapacité de travail totale, tout en indiquant que la capacité de travail pourrait être augmentée à 50 % dans les six mois, moyennant un traitement psychiatrique adéquat. Dans son nouveau rapport d'expertise du 21 février 2008, il évalue la capacité de travail à 100 % dans les deux à trois mois, tout en constatant une compliance fluctuante au traitement anti-dépresseur. Enfin de l'avis des médecins du SMR, la capacité de travail est de 50 % dans la profession exercée précédemment et de 100 % dans une activité adaptée. Il résulte des rapports précités que, sur le plan somatique, une capacité de travail totale dans une activité adaptée doit être admise. En effet, seuls les Drs H _____ et F _____ l'ont niée. Cependant, comme relevé ci-dessus, le Dr H _____ s'est selon toute vraisemblance seulement prononcé pour ce qui concerne l'activité habituelle. Sur le plan psychiatrique, le Dr G _____ admet également une capacité de travail à 100% dans une activité adaptée. Il est vrai que le Dr I _____ semble admettre une incapacité de travail totale pour des raisons

psychiques. Cependant, il s'est référé à l'avis de l'expert H_____ sur ce point et ne paraît pas avoir apprécié la capacité de travail de façon indépendante. En tout état de cause, dans la mesure où les avis des médecins traitants sont généralement plus favorables à l'assuré, il y a lieu de se tenir en l'occurrence à l'appréciation du Dr G_____, d'autant plus que les évaluations datent à peu près de la même période. Ainsi, selon l'avis concordant de la plupart des médecins, il sied de retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Dans la mesure où la plupart des médecins sont d'accord de considérer que, nonobstant la fibromyalgie, la recourante pourrait exercer une activité professionnelle adaptée et excluent ainsi une invalidité, sous réserve d'une perte de gain consécutive au changement de profession, point n'est besoin d'examiner si les critères jurisprudentiels sont réunis pour reconnaître un caractère invalidant de la fibromyalgie. Quant à la question de savoir si la recourante pourrait travailler encore à 50 % en tant qu'employée de maison ou nettoyeuse, il sied de constater que cela a été exclu par plusieurs médecins. L'avis du SMR paraît par ailleurs contradictoire sur ce point. En effet, d'une part, il proscrie les déplacements à pied de plus de 10 à 15 minutes, les positions statiques debout, les montées et descentes d'escaliers. D'autre part, il reconnaît à la recourante une capacité de travail de 50% dans un métier qui s'exerce presque exclusivement debout et nécessite des déplacements continus. De l'avis du Tribunal, l'incapacité de travail doit par conséquent être considérée comme totale dans l'activité exercée jusqu'alors. 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 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. 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 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). 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 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et 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 (cf. ATF 126 V 78 consid. 5). En l'occurrence, l'intimé a établi le degré d'invalidité à 13,8 %, pourcentage qui n'est pas contesté par la recourante. Un tel degré d'invalidité n'ouvre pas le droit à une rente. Il convient toutefois de déterminer si la recourante pourrait prétendre à des mesures

d'ordre professionnel. a) Selon l'art. 8 al. 1 aLAI, dans sa teneur en vigueur entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007 (4^{ème} révision AI), les assurés invalides ou menacés d'une invalidité (art. 8 LPGA) imminente ont droit aux mesures de réadaptation nécessaires qui sont de nature à rétablir, à maintenir ou à améliorer leur capacité de gain ou leur capacité d'accomplir leurs travaux habituels, qu'ils aient ou non exercé une activité lucrative préalable. Ce droit est déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Les mesures de réadaptation comprennent en particulier des mesures d'ordre professionnel (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, service de placement; art. 8 al. 3 let. b aLAI; cf. également art. 15 à 18 LAI). L'art. 8 LAI, dans sa nouvelle teneur dès le 1^{er} janvier 2008 reprend en grande pour l'essentiel le texte de l'ancienne disposition. Il précise toutefois à l'al. 1bis qu'il est tenu compte de la durée probable de la vie professionnelle restante, lors de la fixation des mesures de réadaptation. Ces mesures sont par ailleurs complétées par une allocation d'initiation au travail, régie par l'art. 18a LAI, et une aide en capital, réglée à l'art. 18b LAI pour les personnes qui désirent entreprendre ou développer une activité en tant qu'indépendant. b) Pour déterminer si une mesure de réadaptation d'ordre professionnel est de nature à rétablir, améliorer, sauvegarder ou favoriser l'usage de la capacité de gain de l'assuré, l'administration doit préalablement établir un pronostic sur les chances de succès des mesures demandées (cf. ATF 110 V 102), qui ne seront pas allouées si elles sont vouées à l'échec selon toute vraisemblance. Le droit à une mesure de réadaptation déterminée suppose en effet 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. 112 consid. 2 et les références). En effet, des mesures de réadaptation ne sont à la charge de l'assurance-invalidité que s'il existe une proportion raisonnable entre leur coût et leur utilité prévisible. Ainsi, 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). Si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient jouer un rôle déterminant (ATF non publié du 13 juin 2007, I 552/06). a) L'assuré auquel son invalidité rend difficile le choix d'une profession ou l'exercice de son activité antérieure a droit à l'orientation professionnelle (art. 15 LAI dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5^{ème} révision), qui inclut également les conseils en matière de carrière. Cette mesure a pour but de cerner la personnalité des assurés et de déterminer leurs capacités et leurs dispositions qui constitueront la base permettant de choisir une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat (cf. circulaire concernant les mesures de réadaptation d'ordre professionnel - CMRP, n° 2001). b) Aux termes de l'art. 17 al. 1 LAI (dont la teneur n'a pas été modifiée par la 5^{ème} révision AI), l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend nécessaire le reclassement et si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable. 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. (ATF 124 V 110 consid. 2a et les

références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). Cependant, 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 (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Il faut par ailleurs que l'invalidité soit d'une certaine gravité; selon la jurisprudence. Cette condition est donnée lorsque l'assuré subit dans l'activité encore exigible sans autre formation professionnelle, une perte de gain durable ou permanente de 20 % (ATFA du 5 février 2004, I 495/03, consid. 2.2; ATF 124 V 110 consid. 1b et les références). c) S'agissant enfin du placement, les assurés invalides qui sont susceptibles d'être réadaptés ont droit à un soutien actif dans la recherche d'un emploi approprié, et, s'ils en ont déjà un, à un conseil suivi afin de le conserver (art. 18 al. 1 aLAI dans sa version entre le 1^{er} janvier 2004 et le 31 décembre 2007). L'invalidité ouvrant droit au service de placement consiste dans le fait que les difficultés éprouvées par l'assuré pour trouver un travail approprié par ses propres moyens sont dues à son état de santé (Meyer-Blaser, *Zum Verhältnismässigkeitsgrundsatz im staatlichen Leistungsrecht*, thèse Berne 1985, p. 190s.). Contrairement au droit à une rente (art. 28 al. 1 LAI), la loi ne dit pas à partir de quel degré d'invalidité l'assuré peut prétendre à des mesures de réadaptation. Conformément au principe de la proportionnalité, le droit à une mesure déterminée doit toutefois s'apprécier, notamment, en fonction de son coût (Meyer-Blaser, *op. cit.* p. 86 et 124 sv). 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 non publié du 5 juin 2001, I 324/00 ; ATF 116 V 81 consid. 6a). L'art. 18 al. 2 LAI dans sa nouvelle teneur ajoute par ailleurs que l'office AI procède à un examen sommaire du cas et met en œuvre ces mesures sans délai si les conditions sont remplies. En l'espèce, le droit à une mesure de reclassement dans une autre profession n'est pas donné, la perte de gain se situant en-dessous de 20 %. De surcroît, la recourante est sans formation professionnelle. Toutefois, dans la mesure où ses limitations fonctionnelles rendent difficile l'exercice de son ancienne activité, il convient de lui reconnaître une orientation professionnelle. Cette mesure permettra d'établir un bilan de compétence, d'apprendre les techniques de recherche d'emploi et de la recherche d'activités réalisables. Dans ce cadre, des stages pratiques pourront aussi être organisés (CMRP n° 2003), l'OCAI ayant également la faculté d'ordonner un examen plus étendu dans des centres spécialisés de formation professionnelle et de réadaptation, sur le marché libre ou dans des centres d'observation professionnelle (cf. CMRP n° 2003). A l'issue de ce processus, il sera possible d'identifier une activité professionnelle appropriée ou une activité dans un autre domaine, voire un placement adéquat. Cependant, s'il devait s'avérer que la recourante manque de motivation au cours de l'exécution de cette mesure, celle-ci devrait être arrêtée, dès lors qu'il conviendrait alors de considérer qu'elle est vouée à l'échec. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision annulée, en ce qu'elle a refusé à la recourante une mesure d'orientation professionnelle, et confirmée pour le surplus. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 1'000 fr. lui est octroyée à titre de dépens. Au vu de l'issue de la procédure, l'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de l'intimé. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision du 27 mai 2008 en ce qu'elle a refusé à la recourante une mesure d'orientation

professionnelle. La confirme pour le surplus. Octroie à la recourante une mesure d'orientation professionnelle. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 1'000 fr. à titre de dépens. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de l'intimé. 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); 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 Claire CHAVANNES La présidente Maya CRAMER Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.