

GE_GERICHTE A/386/2008 vom 13. August 2008

GE Cour de justice, 2008-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_386_2008

FR: GE_GERICHTE A/386/2008 du 13 août 2008

IT: GE_GERICHTE A/386/2008 del 13 agosto 2008

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.08.2008
A/386/2008

A/386/2008 ATAS/875/2008 du 13.08.2008 (AI) , REJETE En fait En droit
RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/386/2008
ATAS/875/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES
Chambre 5 du 13 août 2008 En la cause Madame M_____, domiciliée à CAROUGE,
représentée par ASSUAS, sise 19, av. Vibert, CAROUGE recourante contre OFFICE
CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN
FAIT Madame M_____, est mariée et mère de deux enfants nés en 1990 et 1997. Elle
est sans formation professionnelle et a travaillé comme vendeuse et serveuse dans des
boulangeries et tea-rooms, en dernier lieu de 1999 à fin août 2004 à la boulangerie
X_____ SA. En 2006, son salaire se serait élevé à 3'415 fr., versé 13 fois l'an. Du 4
novembre 2004 au 7 octobre 2005, elle était en arrêt de travail total. Selon le rapport du 9
mars 2005 de la Dresse A_____, neurologue, l'assurée souffre d'un syndrome du
tunnel carpien droit. Il s'agit d'une atteinte discrète, essentiellement sensitive, sans signe
d'atteinte motrice. Un traitement conservateur devrait suffire dans un premier temps. La
patiente présente également des brachialgies surtout localisées dans la région de l'épaule
droite qui est douloureuse lors de la rotation externe et de l'abduction. Selon le rapport du 3
mai 2005 du Dr B_____, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales,
l'assurée se plaint de cervico-brachialgies et de lombalgies. Outre une pathologie du tunnel
carpien droit, les investigations ont démontré une discopathie L5-S1, ainsi qu'une arthrose
modérée des articulaires postérieures au même niveau. A l'examen clinique, ce médecin
constate pour l'essentiel des dysfonctions étagées cervicales, sans limitation des différentes
amplitudes, une raideur lombo-sacrée avec douleur à la mobilisation dans tous les plans. Il y
a également des signes d'irritation de la coiffe des rotateurs. L'examen neurologique ne
montre pas de déficit en particulier des membres supérieurs. Les troubles mécaniques sont
d'origine dégénérative au niveau lombaire, irritative au niveau cervico-brachial. Il conseille
à la patiente un traitement antalgique et une physiothérapie de type manuel associée aux
ondes courtes. Dès le 1 er mai 2006, une incapacité de travail totale pour une durée
indéterminée est attestée par la Dresse C_____. Par demande reçue le 15 août 2006,
l'intéressée requiert des prestations de l'assurance-invalidité, en vue de l'obtention d'une
rente. Dans son rapport du 17 août 2006, la Dresse C_____ reprend les diagnostics
des Drs A_____ et B_____. L'incapacité de travail est totale dans toute activité
professionnelle. Selon le rapport du 21 octobre 2006 du Dr B_____ à l'attention des
Communautés européennes, l'assurée souffre d'une discopathie L5-S1, de dysfonctions
cervicales et de cervico-brachialgies non déficitaires. A titre de déficits fonctionnels, il
mentionne la posture des bras au-dessus de l'horizontale et la flexion antérieure du tronc. Ce
médecin atteste, d'une part, que l'assurée demeure capable d'exercer de façon régulière des

travaux légers en position assise et permettant d'alterner les postures de travail et, d'autre part, de manière quelque peu contradictoire que la capacité dans son ancienne activité est nulle et qu'un travail adapté n'est pas possible. Le 7 août 2007, l'assurée est examinée par la Dresse D _____, spécialiste en médecine physique au Service médical régional AI pour la Suisse romande (SMR). Dans son rapport du 11 octobre 2007, ce médecin diagnostique des lombosciatalgies chroniques non déficitaires, dans le cadre d'un léger trouble statique et dégénératif, une hernie discale L4-L5 et des dysbalances musculaires. L'assurée souffre également de cervico-brachialgies bilatérales dans le cadre d'un trouble statique et discrètement dégénératif. Dans les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, elle note notamment une obésité et un syndrome du canal carpien droit possible. Son appréciation est notamment la suivante : "En résumé, cette assurée présente des douleurs étendues et diffuses, avec une discordance évidente entre les plaintes, les handicaps allégués et les constatations objectives. Il y a certainement une gêne lombaire, ce qui se voit lors de l'inclinaison latérale droite, disharmonieuse, et une discrète limitation de la flexion en avant, par contre, l'assurée n'utilise pas ses mains pour se redresser. Ce problème lombaire est encore aggravé par l'obésité et un manque évident de stabilisation musculaire du tronc. L'assurée ne faisant aucune activité éducative est en chemin vers un état de déconditionnement. Il est tout à fait possible qu'elle présente une fibromyalgie, mais à part les tenders points, il y a beaucoup d'autres douleurs à la palpation, le jump signe n'est pas permanent; l'assurée oscille entre sourires et soupirs. Concernant la capacité de travail, il faut prendre en compte l'atteinte rachidienne lombaire avec une hernie discale pouvant créer une contrainte sur la racine L5 droite. Même si cette hernie discale n'est cliniquement pas déficitaire, et qu'il n'y a que très peu de modifications dégénératives, l'assurée ne peut effectuer de travaux lourds ou dans des positions vicieuses. Il n'y a cependant aucune raison médicale pour une incapacité de travail totale, même dans son activité habituelle de vendeuse. Dans une activité adaptée, la capacité de travail peut être estimée à 100 %, toute diminution de rendement est due au déconditionnement et au manque de motivation." Dans les limitations fonctionnelles, la Dresse D _____ mentionne que l'assurée doit éviter une position statique prolongée debout, assise, en rotation/flexion du tronc ou en porte-à-faux. Le port de charges est limité à 10 kg occasionnellement. Le travail sur machine vibrante ou à la chaîne est proscrit. Elle doit par ailleurs avoir la possibilité de changer de positions à sa guise et ne doit pas travailler longtemps les bras en l'air. La capacité de travail comme serveuse est nulle. Elle est de 50 % comme vendeuse et de 100 % dans une activité adaptée. Par projet de décision du 29 novembre 2007, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) informe l'assurée qu'il a l'intention de lui refuser les prestations, dès lors qu'elle dispose d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Sa perte de gain dans une telle activité n'est que de 10,3 %, pourcentage insuffisant pour ouvrir le droit à la rente. Sur demande expresse et motivée de sa part, l'OCAI est toutefois prêt à lui accorder une aide au placement. Par courrier du 21 décembre 2007, l'assurée conteste ce projet, en se référant aux avis des Drs C _____ et B _____, selon lesquels son incapacité de travail est totale. Elle estime par ailleurs que le rapport du SMR est insuffisamment motivé. Par décision du 17 janvier 2008, l'OCAI confirme son projet de décision précité. Par courrier posté le 8 février 2008, l'assurée recourt contre cette décision et annonce qu'elle enverra des pièces médicales dès que possible. Le 19 février 2008, la Dresse C _____ envoie au Tribunal de céans un certificat médical daté du 18 février 2008, par lequel elle atteste que sa patiente souffre depuis deux ans de cervico-brachialgies bilatérales et lombosciatiques vertébrales avec paresthésie des membres inférieurs droits, en

traitement antalgique et anti-inflammatoire avec AINS. Une hernie discale foraminale L4-L5 et des signes dégénératifs étagés accompagnés de protrusions discales C5-C6 et C7-D1 ont été constatés. Depuis cinq mois, elle est en traitement pour une hypertension artérielle stade 2 et un syndrome dépressif réactionnel. L'obésité morbide fait aggraver la symptomatologie. La Dresse C_____ demande de réévaluer la capacité de travail. Elle ne voit pas travailler sa patiente à plus de 50 % dans une activité adaptée. Le 6 mars 2008, ASSUAS se constitue pour la recourante et demande à consulter le dossier. Elle y renonce toutefois par la suite. Dans sa détermination du 10 mars 2008, l'intimé conclut à l'irrecevabilité du recours, pour défaut de conclusions. Quant au fond, il conclut à son rejet, en se référant à sa décision dont est recours, pour ce qui concerne la motivation. Le 13 mars 2008, le Tribunal de céans impartit à la recourante, représentée par son conseil, un délai au 11 avril 2008 pour lui faire parvenir sa réplique, droit dont elle ne fait pas usage. 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'art. 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). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération dans le présent litige, l'état de fait dont les conséquences juridiques font l'objet de la décision attaquée étant antérieur. a) Le recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). b) En revanche, l'intimé estime qu'il est irrecevable, dans la mesure où il ne comporte pas de conclusions. L'art. 61 let. b LPGA précise que l'acte de recours devant les juridictions cantonales doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions, sans quoi il convient d'impartir un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation, le recours sera écarté. Cette disposition correspond à l'ancien art. 85 al. 2 let. b LAVS (ATFA non publié du 6 mai 2004, H 305/03 consid. 3.2), de sorte que la jurisprudence rendue à propos de cette dernière norme reste applicable (voir p. ex. ATF 119 V 264, 118 V 311). Si le juge qui est saisi d'un recours ne doit pas se montrer strict lorsqu'il apprécie la forme et le contenu de l'acte de recours, l'intéressé doit néanmoins manifester clairement et par écrit sa volonté d'en obtenir la modification; à défaut, l'écriture qu'il produit ne peut être considérée comme une déclaration de recours (ATF 116 V 356 consid. 2b et les références; ATFA non publié du 28 janvier 2003, I 501/02 consid. 2.2; RAMA 1994 n° U 192 p. 150 consid. 4c). Il n'appartient pas à une autorité cantonale de recours de faire des recherches dans les pièces du dossier pour

déterminer, notamment, quel est l'objet du litige et de quoi pourrait se plaindre l'intéressé (ATF 123 V 336 consid. 1a; cf. arrêt ATFA non publié du 17 décembre 2002, U 292/02 consid. 4) En l'occurrence, il ressort clairement de la lettre du 7 février 2008, par laquelle la recourante a saisi le Tribunal de céans, que celle-ci désire faire recours. Par ailleurs, dans la mesure où la décision concerne un refus de rente, il va de soi qu'elle conclut à l'octroi de cette prestation. En tout état de cause, indépendamment du fait qu'aucun délai n'avait été imparti à la recourante pour combler les lacunes, il convient de considérer que celles-ci ont été réparées par l'envoi du certificat du 18 février 2008 de la Dresse C_____, lequel doit être considéré comme un complément du recours. Ce document contient une motivation, à savoir l'énumération des atteintes et l'appréciation de la capacité de travail par ce médecin. La Dresse C_____ conclut par ailleurs clairement à ce qu'une incapacité de travail de 50% soit reconnue à la recourante et dès lors à l'octroi d'une rente d'invalidité. Cela étant, la recevabilité du recours doit être admise. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante souffre d'une atteinte à la santé lui ouvrant le droit aux prestations d'invalidité, notamment à une rente. 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) 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.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGa) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPA) (let. b). 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 LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à

disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. 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) 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). En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'un examen approfondi par la Dresse D_____ du SMR. Le rapport de ce médecin remplit en principe tous les réquisits jurisprudentiels précités pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Tous les médecins consultés ont posé les mêmes diagnostics. La seule divergence porte sur l'ampleur des limitations fonctionnelles et la répercussion de celles-ci sur la capacité de travail. Quant aux handicaps, il convient de relever que la Dresse D_____ a constaté qu'il y avait une discordance évidente entre les plaintes, les handicaps allégués et les constatations objectives. A cet égard, elle a notamment relevé que tous les signes de Waddell étaient présents. Cette discordance peut également expliquer l'appréciation différente de la capacité de travail par les médecins traitants de la recourante par rapport à celle de la praticienne précitée. De l'avis de la Dresse D_____, la capacité de travail de la recourante est de 100 % dans une activité adaptée sans port de lourdes charges et permettant une alternance des positions. Il est à noter également que le Dr B_____ a admis, dans son rapport à l'attention des Communautés européennes, que la recourante restait capable de faire des travaux légers dans une position assise, même s'il a parallèlement indiqué, de façon contradictoire, que la capacité de travail était nulle dans n'importe quelle activité. Quant à la Dresse C_____, elle admet dans son certificat médical du 18 février 2008 qu'elle a fait parvenir au Tribunal de céans, que l'assurée présente une capacité de travail de 50 %. Il sied toutefois de constater que la recourante reste capable de faire son ménage, même si elle semble le faire petit à petit. Par ailleurs, elle a déclaré à la Dresse D_____ se

promener pendant une heure à une heure trente, tout en déclarant plus loin qu'elle ne peut marcher que 45 à 60 minutes. Partant, au vu également du relatif jeune âge de la recourante, née en 1959, l'appréciation de la Dresse D_____ emporte la conviction du Tribunal de céans. Il est à cet égard à relever qu'il appartient à la recourante de tout entreprendre pour améliorer sa capacité de travail. Il peut ainsi être attendu de sa part qu'elle perde du poids et qu'elle fasse des exercices pour muscler son dos, afin d'éviter un déconditionnement. Or, pour l'instant, elle ne semble pas avoir fait des efforts dans ce sens. Il convient ensuite d'examiner si la recourante subit une perte de gain dans une activité adaptée. 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; 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 (ESS) 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). Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il 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 salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a). En l'occurrence, l'intimé a établi la perte de gain à 10,3 %, en admettant une réduction des salaires statistiques, pris à titre de salaire d'invalide, de 20 % pour tenir compte des handicaps de la recourante. Ce calcul n'est pas contesté. En tout état de cause, il appert d'emblée que la perte de gain est insuffisante

pour ouvrir le droit à une rente, même avec une réduction importante en raison des limitations fonctionnelles. En effet, en tant que vendeuse et serveuse dans un tea-room, la recourante aurait réalisé en 2006 un revenu de 44'395 fr., montant qui est à prendre en considération à titre de revenu sans invalidité. Or, la valeur médiane des salaires statistiques dans une activité simple et répétitive était en 2006 à 48'228 fr., pour 40 heures de travail par semaine, et dès lors plus élevée que ce que la recourante aurait gagné sans invalidité (L'enquête suisse sur la structure des salaires, panorama salarial 2006, TA1 p. 25). Reste à examiner si la recourante peut 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 LPG) 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).

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). 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).

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), 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. Il faut toutefois 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.). 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). d) Le critère déterminant le droit à l'une ou l'autre de ces mesures de réadaptation d'ordre professionnel réside dans l'exercice d'une activité lucrative d'une certaine importance avant la survenance de l'invalidité et l'application de la mesure (VSI 2000 p. 194 consid. 2a). De plus, plusieurs mesures peuvent être octroyées, celles-ci n'étant pas exclusives. En l'occurrence, dans la mesure où la recourante ne subit pas une perte de gain de 20% dans l'exercice d'une activité adaptée, elle ne saurait prétendre à une mesure de réadaptation professionnelle. Partant, une aide au placement paraît le mieux adaptée. A cet égard, il est à rappeler que la recourante ne peut plus exercer son ancienne profession. Elle présente par ailleurs des limitations considérables qui restreignent les domaines d'activité possibles. Il y a ainsi lieu de constater que les handicaps rendent difficiles la recherche d'un travail approprié. Le droit à une aide au placement doit dès lors lui être reconnu. En outre, cette mesure devrait être accompagnée d'une orientation professionnelle au Service d'évaluation et réadaptation professionnelle des établissements publics pour l'intégration, l'intimé n'ayant pas indiqué à la recourante dans quelles activités concrètes elle pourrait mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail, alors qu'il est en principe tenu de faire (ATF 102 V 20 consid. 2b = RCC 1982 p. 34). Cependant, au vu des doutes sur la motivation de la recourante, le droit à une aide au placement avec orientation professionnelle sera subordonné à une demande expresse dans ce sens de sa part. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté, sous réserve de la précision que l'aide au placement devra être accompagnée d'une orientation professionnelle au Service d'évaluation et réadaptation professionnelle des établissements publics pour l'intégration. La recourante qui succombe sera condamnée à un émolument de justice du montant minimal de 200 fr., en application de l'art. 69 al. 1bis LAI. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Confirme la décision dont est recours, tout en précisant que l'aide au placement devra comprendre une orientation professionnelle au Service d'évaluation et réadaptation professionnelle des établissements publics pour l'intégration. L'émolument de justice, fixé à 200 fr., est mis à la charge de la recourante. 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