

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1050/2024

ATAS/404/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 mai 2025

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, juges
assesseurs**

EN FAIT

- A.** **a.** A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1987, originaire du Kosovo, arrivée en Suisse en août 1999, de nationalité suisse depuis 2009, a exercé la profession de femme de ménage.
- b.** Il ressort du rassemblement de ses comptes individuels AVS que l'assurée n'a pas travaillé de 2014 à 2018 et que depuis 2019, son revenu annuel n'a jamais excédé CHF 5'802.-.
- B.** **a.** Le 25 novembre 2022, le GROUPE MUTUEL, assureur perte de gain maladie de l'assurée, a transmis à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : OAI) une demande de prestations remplie par l'assurée, en arrêt de travail depuis le 30 mars 2022 pour une « atteinte au dos ». Une hypertension artérielle (HTA) était également mentionnée.
- b.** Les éléments suivants ont été recueillis dans le cadre de l'instruction du dossier, notamment :
- Dans un rapport du 14 février 2023, la docteure B_____, médecin aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG ; Département de médecine, service d'endocrinologie, diabétologie, nutrition et éducation thérapeutique du patient), a fait mention d'un carcinome de la thyroïde à bas risque de récurrence en rémission et d'une hypertension artérielle (HTA) traitée. Le médecin a précisé qu'aucun de ces diagnostics n'avait de répercussion sur la capacité de travail. Le cancer thyroïdien était en effet en rémission, l'hypertension traitée et l'assurée sous substitution pour la thyroïde. La situation était stable sous médication. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle.
 - Dans un rapport du 25 février 2023, le docteur C_____, médecin traitant de la patiente depuis 2010, a conclu à une totale incapacité de travail depuis le 12 mars 2022 en raison d'une hypertension artérielle – qualifiée de fluctuante, malgré le traitement –, d'une hypothyroïdie – malgré le traitement de substitution –, d'un déconditionnement physique marqué, suite à un accouchement en novembre 2021, de dorsolombalgies chroniques, exacerbées depuis septembre 2022, d'une obésité moyenne (BMI 32.8), d'une pelade, d'une rhinite chronique et d'une infection des voies respiratoires supérieures récidivantes (rhinosinusite et pharyngolaryngite). Interrogé sur les limitations fonctionnelles, le médecin a répondu : « totales » (sic). Selon lui, l'atteinte à la santé empêcherait sa patiente d'exercer la moindre activité professionnelle, même compatible avec les limitations. L'endurance de l'assurée serait beaucoup trop limitée pour travailler ou pour suivre une formation.

- Dans un nouveau rapport du 13 octobre 2023, le Dr C_____ a confirmé ses diagnostics et précisé que l'hypothyroïdie restait difficile à équilibrer et que sa patiente restait suivie pour hypertension et obésité. Selon lui, elle n'avait ni les ressources, ni l'expérience pour suivre une formation professionnelle. Tout stress était médicalement contre-indiqué.

c. Le dossier de l'assurée a été soumis au service médical régional pour la Suisse romande (ci-après : SMR), qui s'est prononcé le 26 octobre 2023.

Il a constaté que, parmi les diagnostics énoncés, seul celui de lombalgies pouvait avoir une incidence sur la capacité de travail. Les dorsolombalgies chroniques, exacerbées depuis septembre 2022, entraînaient principalement la nécessité d'épargner le dos. Il n'y avait aucun empêchement à exercer une activité adaptée préservant le rachis lombaire. Cela étant, les lombalgies n'étaient pas étayées et n'avaient pas fait l'objet d'une imagerie.

À l'examen des pièces médicales, le SMR disait ne pas voir ce qui pourrait empêcher l'assurée d'exercer une activité adaptée. Il a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle dès septembre 2022, mais considéré que la capacité de travail était toujours restée entière s'agissant d'une activité adaptée.

d. Dès lors, le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle a été calculé en comparant le revenu avant invalidité (CHF 48'204.- en 2023) à celui que l'assurée aurait pu obtenir la même année en exerçant une activité simple et répétitive, soit CHF 54'222.- (Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2020 TA1_tirage_skill_level niveau de compétence 1 = 4'276.- CHF/mois pour 40 h./sem. = 4'457.- CHF/mois pour 41,7 h./sem. = CHF 53'488.- en 2020). L'OAI a ainsi conclu à l'absence de toute perte de gain et à un degré d'invalidité de 0% dans la sphère professionnelle et de 0% également dans la sphère ménagère.

e. Le 19 janvier 2024, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à toute prestation.

f. Le 19 février 2024, la docteure D_____ a rempli un rapport dont il ressort que l'assurée est suivie à la consultation d'hypertension et néphrologie, que sa tension artérielle est très labile et qu'elle est également connue pour une hypothyroïdie post-thyroïdectomie sous substitution. À titre de diagnostics, ont été retenues : une fatigue générale secondaire à la labilité tensionnelle et à l'intolérance au traitement hypertenseur, ainsi qu'une asthénie sur hypothyroïdie. Une obésité a également été mentionnée, en précisant qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Le médecin s'était déclaré incapable de se prononcer quant à la capacité de travail de sa patiente.

g. Par décision du 27 février 2024, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.

L'OAI a reconnu à l'assurée le statut de personne active à 12%, consacrant les 88% restants à l'accomplissement des travaux habituels dans le ménage.

À l'issue de l'instruction médicale, l'OAI a admis une totale incapacité à exercer l'activité habituelle à compter du 1^{er} septembre 2022 (début du délai d'attente d'une année). Cela étant, il a considéré que l'assurée avait conservé la capacité à exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé. La perte de gain étant de 0% dans la sphère professionnelle, après comparaison du revenu avec invalidité (CHF 54'222.-) au revenu sans invalidité (CHF 48'204.-), l'OAI a renoncé à mettre sur pied une enquête ménagère.

Après avoir nié le droit à une rente, l'OAI a également nié celui à des mesures d'ordre professionnel. Au vu du large éventail d'activités non qualifiées recouvertes par les secteurs de la production et des services, un nombre significatif était adapté aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assurée, sans qu'une intervention de l'office soit nécessaire. Les conditions d'un reclassement professionnel n'étaient pas remplies, dès lors qu'il n'y avait aucune invalidité. Enfin, l'assurée ne rencontrait pas non plus de limites spécifiques à son atteinte à la santé qui compromettraient la recherche d'un emploi ; une aide au placement n'était donc pas nécessaire.

C. a. Par écriture du 26 mars 2024, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant qu'elle ne peut continuer à exercer son activité habituelle et qu'il lui est impossible de retrouver un autre emploi, car elle ne dispose d'aucune autre expérience.

b. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 avril 2024, a conclu au rejet du recours.

Il maintient que si l'assurée est effectivement dans l'incapacité totale d'exercer son activité habituelle de femme de ménage, elle a conservé une pleine capacité de travail s'agissant d'une activité adaptée à son état de santé et aux limitations fonctionnelles retenues. À cet égard, il se réfère à l'avis du SMR du 26 octobre 2023.

Pour le surplus, l'intimé fait remarquer que l'absence d'expérience invoquée par l'assurée ne joue aucun rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives, comme c'est le cas en l'occurrence. Ce niveau de compétence concerne en effet une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2).

c. Les autres faits seront repris – en tant que de besoin – dans la partie « en droit » du présent arrêt.

EN DROIT

1.

1.1 Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ – E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA – RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI – RS 831.20).

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

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

1.3 La procédure devant la Cour de céans est régie par les dispositions de la LPGA et de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA – E 5 10).

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

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-invalidité.

3.

3.1 Le 1^{er} janvier 2022, les modifications de la LAI et de la LPGA du 19 juin 2020 (développement continu de l'AI ; RO 2021 705), y compris les ordonnances correspondantes, sont entrées en vigueur.

En l'absence de disposition transitoire spéciale, ce sont les principes généraux de droit intertemporel qui prévalent, à savoir l'application du droit en vigueur lorsque les faits déterminants se sont produits (*cf.* ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et la référence). Lors de l'examen d'une demande d'octroi de rente d'invalidité, est déterminant le moment de la naissance du droit éventuel à la rente. Si cette date est antérieure au 1^{er} janvier 2022, la situation demeure régie par les anciennes dispositions légales et réglementaires en vigueur jusqu'au 31 décembre 2021. Si elle est postérieure au 31 décembre 2021, le nouveau droit s'applique (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 9C_60/2023 du 20 juillet 2023 consid. 2.2. et les références).

3.2 En l'occurrence, l'éventuel droit à une rente d'invalidité naîtrait au plus tôt en mai 2023, soit six mois après le dépôt de la demande du 25 novembre 2022 (*cf.* art. 29 al. 1 LAI), de sorte que les dispositions légales applicables seront citées dans leur nouvelle teneur.

4.

4.1 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).

Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al 1 LPGA). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (art. 7 al. 2 LPGA).

4.2 La notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

4.3 À droit à une rente d'invalidité, l'assuré dont la capacité de gain ou la capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, qui a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qui, au terme de cette année, est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (art. 28 al. 1 LAI).

4.4 Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Lorsque l'assuré accomplit ses travaux habituels, il convient d'examiner, à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle, si, étant valide il aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou s'il aurait exercé une activité lucrative. Pour déterminer le champ d'activité probable de l'assuré, il faut notamment prendre en considération la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi

que ses affinités et talents personnels (ATF 144 I 28 consid. 2.3 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 117 V 194 consid. 3b ; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_722/2016 du 17 février 2017 consid. 2.2). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'assurée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 144 I 28 consid. 2.3 et les références ; 141 V 15 consid. 3.1 ; 137 V 334 consid. 3.2 ; 125 V 146 consid. 2c et les références).

4.5 Selon l'art. 28a al. 3 LAI, dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2022, lorsque l'assuré exerce une activité lucrative à temps partiel, le taux d'invalidité pour cette activité est évalué selon l'art. 16 LPGA. S'il accomplit ses travaux habituels, le taux d'invalidité pour cette activité est fixé selon l'al. 2. Dans ce cas, les parts respectives de l'activité lucrative et de l'accomplissement des travaux habituels sont déterminées ; le taux d'invalidité est calculé dans les deux domaines d'activité.

5.

5.1 Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler (ATF 140 V 193 consid. 3.2 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

5.2 Selon l'art. 54a LAI, les SMR établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré qui sont déterminantes pour l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 6 LPGA, pour l'exercice d'une activité lucrative raisonnablement exigible ou pour l'accomplissement des travaux habituels (al. 3).

Lors de la détermination des capacités fonctionnelles, la capacité de travail attestée médicalement pour l'activité exercée jusque-là et pour les activités adaptées est évaluée et justifiée en tenant compte, qualitativement et

quantitativement, de toutes les ressources et limitations physiques, mentales et psychiques (art. 49 al. 1^{bis} RAI).

5.3 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

5.4 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.

5.4.1 Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

5.4.2 En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne

justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

5.5 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités revêtent une importance significative ou entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

6.

6.1 En l'espèce, la recourante demande à bénéficier des prestations de l'assurance-invalidité. Elle invoque avoir des douleurs lombaires, mais également une HTA et un traitement de substitution pour la thyroïde, dont elle fait valoir qu'ils lui interdisent de reprendre son activité habituelle de femme de ménage.

L'intimé, pour sa part, se fondant sur l'avis du SMR, considère que si l'assurée est effectivement incapable d'exercer son activité habituelle, son état de santé lui permet en revanche d'exercer à plein temps une activité adaptée, c'est-à-dire épargnant le rachis.

Ce à quoi la recourante réplique qu'elle ne dispose d'aucune expérience autre que dans le nettoyage.

6.2 En premier lieu, la Cour constate que c'est à juste titre que l'intimé a reconnu à la recourante le statut de personne active à 12% seulement. En effet, l'examen des CI AVS démontre qu'après plusieurs années sans activité lucrative, l'assurée n'a pas exercé à un taux supérieur à celui qui était le sien avant son arrêt de travail.

6.3 Quant aux atteintes à la santé invoquées par la recourante, ainsi que le retient le SMR, seules les douleurs lombaires – au demeurant non documentées – sont susceptibles d'influencer la capacité de travail. En effet, contrairement à ce qu'allègue le médecin traitant, il ressort du rapport établi par la spécialiste que l'HTA et la thyroïde sont bien équilibrées sous traitement et que ces atteintes n'entraînent aucune limitation de la capacité de travail.

Dans ces conditions, la seule limitation retenue est la nécessité d'épargner le rachis. La Dre D_____ évoque également une « fatigue générale », mais ne se prononce pas sur la capacité de sa patiente à exercer une activité adaptée. Cela étant, il paraît difficile d'admettre au degré de vraisemblance prépondérante qu'une fatigue, même prononcée, puisse interdire à la recourante d'exercer une tâche facile et répétitive à raison d'un taux d'occupation de 12%, lequel correspond à environ cinq heures par semaine. On peut donc se ranger à l'avis du SMR selon lequel il n'existe aucun empêchement pour la recourante d'exercer une activité adaptée préservant le rachis lombaire à son taux d'occupation habituel. On notera à cet égard que le médecin traitant ne motive aucunement sa conclusion d'incapacité totale de travail dans toute activité, si ce n'est par un manque de formation et d'expérience professionnelle, éléments qui ne jouent aucun rôle lorsque le revenu d'invalidité est déterminé en référence au salaire statistique auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives, comme c'est le cas en l'occurrence. Ce niveau de compétence concerne en effet une catégorie d'emplois ne nécessitant ni formation, ni expérience professionnelle spécifique (8C_659/2021 du 17 février 2022 consid. 4.3.2).

Eu égard à ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimé a considéré que l'assurée avait conservé la capacité à exercer à plein temps une activité adaptée à son état de santé.

Le calcul du degré d'invalidité n'est pas contesté et n'apparaît pas critiquable.

On ajoutera, à l'instar de l'intimé, qu'au vu du large éventail d'activités non qualifiées recouvertes par les secteurs de la production et des services, un nombre significatif est adapté aux limitations fonctionnelles liées à l'état de santé de l'assurée, sans qu'une intervention de l'office soit nécessaire.

Les conditions d'un reclassement professionnel ne sont pas remplies, dès lors qu'il n'y a aucune invalidité.

Enfin, l'assurée ne rencontre pas non plus de limites spécifiques à son atteinte à la santé qui compromettraient la recherche d'un emploi ; une aide au placement n'entre donc pas en ligne de compte.

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la recourante condamnée au paiement d'un émolument de CHF 200.- (art. 69 al.1^{bis} LAI).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Diana ZIERI

Karine STECK

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