

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3598/2006

ATAS/33/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 1

du 16 janvier 2007

En la cause

Madame R_____, domiciliée à CHATELAINE - GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
NANCHEN Henri

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue
de Lyon 97 à GENEVE

intimé

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Isabelle DUBOIS, Juges

EN FAIT

1. Madame R _____, née le 1946, d'origine portugaise, vit en Suisse depuis août 1986. Elle a déposé le 21 novembre 2002 une demande auprès de l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OCAI) visant à l'octroi d'une rente d'invalidité, alléguant souffrir du dos et des genoux depuis 1998.
2. Elle a travaillé à plein temps depuis le 1^{er} janvier 1989 jusqu'au 13 novembre 2001 date à laquelle elle cessé toute activité lucrative en raison de son état de santé, au service de la X _____ en qualité de préparatrice non alimentaire.
3. Le Dr A _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin traitant, a informé l'OCAI, le 5 décembre 2002, que sa patiente souffrait d'une déchirure du ménisque interne, de lombosciatalgie et de spondylarthrose. Il précise que l'activité exercée jusqu'à maintenant n'est plus exigible, qu'en revanche l'assurée pourrait travailler dans un emploi adapté à ses limitations fonctionnelles. Elle peut rester en position assise huit heures par jour, en position debout une heure par jour, garder la même position du corps pendant sept heures par jour, doit toutefois éviter les positions à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, lever, porter ou déplacer des charges, un travail en hauteur et des déplacements sur sols irréguliers ou en pente.
4. L'assurée a subi un scanner du rachis lombaire le 1^{er} octobre 2002, à l'issue duquel il a été constaté une petite saillie herniaire latérale gauche du disque L3-L4 à composante foraminale pouvant entrer en conflit avec la racine L3 gauche, une nette protrusion du disque L4-L5 s'inscrivant dans le cadre d'un canal lombaire étroit acquis à ce niveau sur arthrose inter-apophysaire postérieure.
5. La Dresse B _____, médecin généraliste, a estimé, dans un rapport adressé à l'OCAI le 4 mars 2003, que l'incapacité de travail de sa patiente était de 100% à compter du 13 novembre 2001, étant néanmoins précisé que des mesures professionnelles seraient indiquées. Elle explique que l'assurée avait subi le 23 novembre 2000 une arthroscopie opératoire du genou gauche, une ménisectomie partielle de la corne postérieure et moyenne du ménisque interne et une section de l'aileron externe par voie arthroscopique à l'électrocoagulation. Selon le Dr I. C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui avait pratiqué cette opération, le diagnostic retenu est celui d'une persistance d'une irritation fémoro-patellaire et surtout la présence d'un gros kyste poplité connu (courrier adressé à la Dresse B _____, le 21 novembre 2001). Elle rappelle que les suites de l'intervention du 23 novembre 2000 n'ont pas été satisfaisantes en raison de la présence persistante d'une irritation fémoro-patellaire et d'un gros kyste poplité devenu symptomatique. Une seconde intervention a eu lieu le 21 novembre 2002, pratiquée par le Dr A _____. La Dresse B _____ fait également état de douleurs généralisées et d'une dépression légère depuis 2000.

6. Interrogé par l'OCAI, le Dr A_____ a indiqué que sa patiente était incapable de porter des charges lourdes et d'exécuter des efforts en raison de douleurs lombaires, que sa capacité de travail théorique dans une activité adaptée à ses limitations était de 0%, étant précisé toutefois qu'il ne l'avait pas revue depuis le 12 novembre 2002 (rapport du 20 juin 2003).
7. Par courrier du 25 juillet 2003, la Dresse B_____ a précisé que les plaintes et status actuels portaient sur des douleurs lombaires chroniques, cervicales et gonalgie gauche, qu'elle ne pouvait marcher plus d'une demi-heure, qu'elle avait des difficultés à descendre les escaliers et qu'elle souffrait d'un blocage de la colonne cervicale et lombaire, que la capacité de travail était nulle.

Un rapport détaillé a été établi par la Dresse B_____ en date du 14 octobre 2003, ce en application des dispositions des Accords bilatéraux sur la libre circulation des personnes, entrées en vigueur le 1^{er} juin 2002. Les diagnostics retenus sont :

- lésion méniscale de la corne postérieure du ménisque interne du genou gauche depuis 2001 (récidive et arthroscopie en mai 2002),
 - syndrome fémoro-patellaire chronique du genou gauche
 - discopathie sur la totalité des espaces lombaires
 - discarthrose avec phénomène de vide discal L5-S1
 - état dépressif léger.
8. Le Service médical régional AI (SMR) a soumis l'assurée à un examen clinique le 17 juin 2004. Le Dr D_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a constaté que l'assurée présentait des cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs, des discopathies pluri-étagées prédominant en L4-L5 et des gonalgies gauches sur chondropathie rotulienne. Elle souffrait également d'une lithiase vésiculaire qui n'avait toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail. Selon lui la patiente, en raison de ses troubles vertébraux et de la pathologie du genou gauche, est capable d'exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire à plein temps pour autant qu'elle puisse fréquemment passer de la position assise à la position debout, sans port de lourdes charges supérieures à 10 kg et sans travail en porte-à-faux, à partir de novembre 2001. L'incapacité de travail de 20% au moins doit être reconnue depuis le 13 novembre 2001.
 9. Par décision du 8 juillet 2004, l'OCAI a informé l'assurée qu'une orientation professionnelle afin de déterminer les possibilités de réinsertion allait être mise en place.

La division de réadaptation professionnelle AI a procédé à la comparaison des gains. Elle s'est fondée sur l'année de référence 2002, soit le début de l'incapacité durable. L'assurée ayant cessé toute activité lucrative depuis le 13 novembre 2001,

elle a retenu que selon le questionnaire rempli par l'employeur, elle aurait gagné 3'590 fr. par mois, soit 46'670 fr. en 2002 (13 salaires).

Reprenant les conclusions des médecins selon lesquels l'assurée peut exercer une activité légère à plein temps, prenant en considération une réduction de 15% en raison de l'âge et des limitations fonctionnelles, la division de réadaptation professionnelle AI a fixé le salaire avec invalidité à 40'663 fr. Elle a ainsi obtenu un degré d'invalidité de 12,87%, taux insuffisant pour ouvrir le droit à un reclassement professionnel. Elle a toutefois proposé d'octroyer à l'assurée une aide au placement.

10. Par décision du 14 février 2005, l'OCAI a rejeté la demande de prestation AI, tout en accordant l'octroi d'une aide au placement.
11. Par courrier du 22 février 2005, l'assurée, représentée par ASSISTA TCS, a souhaité consulter le dossier.
12. Maître Henri NANCHEN s'est constitué pour la défense des intérêts de l'assurée le 17 mars 2005 et a formé opposition à la décision du 14 février 2005. Il dit être choqué de la conclusion selon laquelle sa mandante serait capable de travailler à 100% sans perte de rendement malgré les affections objectivées et les douleurs incontestables qu'elles doivent impliquer. Il rappelle que tant le Dr A _____ dans son rapport du 20 juin 2003 que la Dresse B _____ dans ses rapports des 4 mars, 25 juillet et 14 octobre 2003 ont estimé sa capacité de travail à 0% quelle que soit l'activité envisagée. Il reproche ainsi à l'OCAI d'avoir aveuglément suivi les conclusions de l'expertise du SMR Léman du 17 juin 2004, d'une part, parce qu'elles semblent incompatibles avec les constatations médicales qui y figurent et d'autre part, parce qu'elles sont contraire aux avis des deux médecins qui suivent l'assurée. Il ajoute que l'état de santé de celle-ci s'est encore aggravé depuis la date de l'expertise SMR Léman d'une lombosciatique bilatérale.

S'agissant du calcul auquel a procédé l'OCAI, il considère que le taux d'abattement de 15% retenu n'est pas suffisant. Il constate par ailleurs que prendre pour référence le revenu statistique moyen de la population dans une activité adaptée après invalidité en ignorant ce même revenu statistique moyen avant invalidité lorsqu'il est plus élevé que le revenu réel de l'assuré n'a pas de sens. Il conclut dès lors à l'octroi d'une rente entière d'invalidité, subsidiairement à une rente partielle avec mesures professionnelles.

13. Interrogée à nouveau par l'OCAI, la Dresse B _____, dans un rapport du 9 janvier 2006, a confirmé que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé, qu'elle souffrait depuis 2004 d'une tendinomyopathie du muscle pyramidal aux deux hanches et lombalgies chronique sur discopathies étagées. Elle a joint à son rapport une note datée du 29 août 2005 du Dr E _____, spécialiste FMH en radiologie, et un courrier du 15 avril 2005 du Dr F _____, spécialiste FMH en rhumatologie, selon lequel :

"votre patiente souffre de lombalgie chronique avec des douleurs des membres inférieurs dues à une tendinomyopathie du muscle pyramidal aux deux hanches. Il n'y a pas d'argument pour un syndrome radiculaire des membres inférieurs. Elle a aussi des douleurs de la base du pouce gauche très évocatrices d'une rhizarthrose. A l'échographie, j'ai l'impression de voir des ostéophytes au niveau de l'articulation trapézo-métacarpienne gauche alors qu'il n'y en a pas à droite. Ceci est un argument supplémentaire pour le diagnostic de rhizarthrose. Il y a enfin 9 points de fibromyalgie douloureux sur 18, ce qui est un argument pour une diminution du seuil de la douleur, sans pouvoir parler de fibromyalgie. Je n'ai en tout cas pas actuellement d'élément en faveur d'un rhumatisme inflammatoire pour expliquer ses polyarthralgies des mains. Celles-ci sont probablement à mettre sur le compte d'une arthrose débutante et d'un seuil douloureux abaissé".

14. Invité à se déterminer, le Dr D _____ du SMR relève dans une note du 18 juillet 2006, que, selon le Dr F _____, l'assurée n'a pas de syndrome radiculaire des membres inférieurs, que ses douleurs sont dues à une tendinomyopathie des muscles pyramidaux des deux hanches et qu'elle peut avoir une rhizarthrose à la base du pouce gauche. Un nouvel examen IRM de la colonne lombaire a été effectué en août 2005 et ne montre pas de péjoration par rapport aux constatations faites par le SMR en juin 2004. Cette tendinomyopathie des muscles pyramidaux ne constitue dès lors pas une aggravation de l'état de santé de l'assurée et ne modifie pas non plus les limitations fonctionnelles. Le Dr D _____ confirme que lors de l'établissement des conclusions de son examen de juin 2004, il avait été tenu compte de tous les aspects médicaux et des avis des médecins, que les limitations fonctionnelles avaient été clairement établies et que, malgré les plaintes très démonstratives de l'assurée, l'allégation d'intenses douleurs ne constituait pas une limitation fonctionnelle.
15. Par décision du 31 août 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition. Se fondant sur l'avis du Dr D _____ du 18 juillet 2006, il considère que les documents recueillis en procédure d'opposition ne sont pas susceptibles de remettre en cause les conclusions émises à l'issue de l'examen clinique effectué au SMR le 17 juin 2004. Il rappelle que selon la jurisprudence, lorsque le revenu sans invalidité est très nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple formation professionnelle insuffisante), il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité, en prenant en considération ce facteur pour déterminer le revenu d'invalidité (ATF 129 V 225). S'agissant de l'abattement de 15% retenu, il estime qu'une réduction supplémentaire ne se justifie pas dans la mesure où l'assurée est bien intégrée en Suisse où elle réside depuis de nombreuses années et est apte à travailler sur un temps de travail complet.

Il rappelle enfin que l'assurée a bénéficié d'une mesure d'aide au placement, mesure interrompue en août 2005 lorsqu'elle a informé la personne en charge du placement qu'elle ne cherchait pas de travail, estimant ne pas être en état de le faire. Il apparaît

ainsi à l'OCAI que la mise en œuvre de mesures professionnelles seraient dépourvues de sens et d'emblée vouées à l'échec.

Il résulte en effet d'une note d'entretien verbal établie par le collaborateur de l'OCAI le 15 avril 2005 que l'assurée avait effectué des recherches d'emploi depuis le refus de l'AI sans succès et qu'elle venait de s'inscrire au chômage.

Dans une seconde note, d'entretien téléphonique, datant du 8 août 2005, il apparaît que le dossier de l'assurée n'avait pas été accepté par l'assurance chômage. L'assurée avait alors indiqué que "je ne cherche pas de travail. Je ne suis pas en état". Le mandat de placement pour raison de santé avait ainsi été clos.

16. L'assurée a interjeté recours le 4 octobre 2006 contre la décision sur opposition du 31 août 2006. Elle reprend les arguments déjà évoqués dans son opposition du 17 mars 2005 et nie plus particulièrement à l'examen du SMR le caractère de force probante suffisante.
17. Dans sa réponse du 10 octobre 2006, l'OCAI conclut au rejet du recours. Il considère qu'une expertise médicale telle que le demande préalablement l'assurée ne se justifie pas.
18. Ce courrier a été transmis à l'assurée et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, la LPGA et son ordonnance d'application s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).
4. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente entière d'invalidité, ou à une rente partielle avec prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle.
6. Aux termes de l'art. 4 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Le contenu de cette disposition a été repris par l'art. 8 LPGA.

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins et à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins.

7. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4; 115 V 134 consid. 2; 114 V 314 consid. 3c ; 105 V 158 consid. 1).

Le juge des assurances sociales 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. Si les

rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions du médecin soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a et les références; 122 V 160 consid. 1c et les références).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une sur expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

Selon la jurisprudence du TFA, le médecin traitant a un mandat de soins. Il est dans une position particulière, en raison de la confiance réciproque qui régit la relation patient/médecin. Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute l'incapacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988, p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise, en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant (VSI 2001 p. 109 consid. 3b/bb). Pour ce qui concerne les rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plädoyer 6/94 p. 67).

8. En l'espèce, l'assurée souffre de cervico-dorso-lombalgies sur troubles dégénératifs, de discopathies pluri-étagées prédominant en L4-L5 et de gonalgies gauches sur chondropathie rotulienne. Les médecins traitants ont considéré qu'elle présentait une incapacité de travail entière à compter du 13 novembre 2001 dans son activité antérieure.

Le Dr A_____ a déclaré qu'en revanche elle pourrait travailler dans un emploi sédentaire adapté à ses limitations fonctionnelles, soit éviter les positions à genoux, l'inclinaison du buste, la position accroupie, un travail en hauteur et des déplacements sur sols irréguliers ou en pente, et ne pas lever, porter ou déplacer des charges. La Dresse B_____ a indiqué dans son rapport du 4 mars 2003 que des mesures professionnelles étaient à envisager.

Il est vrai que dans son rapport ultérieur du 20 juin 2003, le Dr A_____ a précisé que la capacité de travail théorique dans une activité adaptée était nulle, force est toutefois de relever à cet égard que ce médecin n'avait pas revu sa patiente depuis le 12 novembre 2002.

Le médecin du SMR a également considéré que l'assurée était capable d'exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, pour autant qu'elle puisse alterner les positions, qu'elle n'ait pas à porter de lourdes charges supérieures à 10 kg et qu'elle n'ait pas à travailler en porte-à-faux, ce à partir de novembre 2001.

Le Tribunal de céans constate ainsi qu'en réalité les conclusions des médecins traitants et du médecin du SMR ne sont pas contradictoires.

L'assurée allègue que son état de santé s'est aggravé depuis l'expertise réalisée par le médecin du SMR en juin 2004, précisant qu'elle souffre depuis d'une lombosciatique bilatérale. Le Dr D_____ a toutefois constaté qu'un nouvel examen IRM de la colonne lombaire effectué en août 2005 ne mettait en évidence aucune péjoration par rapport aux examens figurant dans le dossier en juin 2004. Aussi les limitations fonctionnelles déjà prises en considération n'ont-elles pas été modifiées depuis.

Il y a lieu de relever enfin que les rapports du SMR se fondent sur un examen clinique complet et prennent en considération les plaintes exprimées par la recourante. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et du dossier médical. La description de la situation médicale et son appréciation sont claires. Les médecins se sont déterminés sur l'évolution de l'état de santé ainsi que sur la capacité de travail exigible et ont dûment motivé leur point de vue. En conséquence et contrairement aux allégations de l'assurée, ils remplissent toutes les conditions posées par la jurisprudence pour se voir accorder une pleine valeur probante (ATF 125 V 352).

9. Le taux d'invalidité fondant le droit à la rente dans l'assurance-invalidité est évalué selon la méthode générale de comparaison des revenus : le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 28 al. 2 LAI, dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2002).

Sont déterminants pour la comparaison des revenus, les rapports existants au moment de la naissance du droit à la rente, ainsi que les modifications éventuelles survenues jusqu'au moment de la décision qui ont des conséquences sur le droit à la rente (ATF 129 V 222 ; ATF 128 V 174).

En l'espèce, l'année déterminante pour la comparaison des revenus est 2002 (art. 29 al. 1 let. b LAI).

a) S'agissant du revenu sans invalidité, il s'évalue, en règle générale, d'après le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1). Lorsque le revenu sans invalidité est très nettement inférieur aux salaires habituels de la branche pour des raisons étrangères à l'invalidité (par exemple formation professionnelle insuffisante), il y a lieu d'en tenir compte lors de l'évaluation de l'invalidité, en prenant en considération ce facteur pour déterminer le revenu d'invalidé (ATF 129 V 225). Par ailleurs, d'après la jurisprudence du TFA, si, après la survenance de l'atteinte à la santé, l'assuré n'a pas repris d'activité lucrative ou n'a repris aucune activité nouvelle qu'on pourrait raisonnablement exiger de lui, il est possible de se référer aux "salaires selon les tableaux" pour fixer le montant du revenu théorique après invalidité (Pratique VSI 1998 p. 296).

Selon le questionnaire rempli par l'employeur, soit la X_____, le salaire que réaliserait l'assurée sans atteinte à la santé comme préparatrice non alimentaire, serait de 46'670 fr. en 2002, y compris le 13^{ème} salaire.

L'assurée reproche à l'OCAI de s'être fondé sur le revenu statistique moyen de la population dans une activité adaptée après invalidité, en ignorant ce même revenu statistique moyen avant invalidité lorsqu'il est plus élevé que le revenu réel réalisé. Toutefois, le revenu annualisé résultant des statistiques, rubrique 52 du tableau TA1 des données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) (commerce de détail), pour une femme effectuant des activités simples et répétitives, s'élève à 44'892 fr. pour l'année 2002. Aussi y a-t-il lieu de constater, contrairement aux allégations de l'assurée, que le revenu sans invalidité effectivement réalisé de 46'670 fr., dépasse ce montant.

b) Le revenu d'invalidé, selon la jurisprudence, doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un

revenu effectivement réalisé - soit lorsque l'assuré, après la survenance de l'atteinte à la santé, n'a pas repris d'activité ou alors aucune activité adaptée, normalement exigible -, le revenu d'invalidé doit être évalué sur la base des statistiques sur les salaires moyens (cf. ATF 126 V 76). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou la valeur centrale (ATF 124 V 323 ; VSI 1999 p. 182).

Dans ce cas, la jurisprudence considère que certains empêchements propres à la personne de l'invalidé exigent que l'on réduise le montant des salaires ressortant des statistiques. Toutefois, de telles déductions ne doivent pas être effectuées de manière schématique, mais tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas particulier, et cela dans le but de déterminer, à partir de données statistiques, un revenu d'invalidé qui représente au mieux la mise en valeur économique exigible des activités compatibles avec la capacité de travail résiduelle de l'intéressé. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement, mais seulement lorsqu'il existe des indices qu'en raison d'un ou de plusieurs facteurs, l'assuré ne peut mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail sur le marché du travail qu'avec un résultat économique inférieur à la moyenne. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Enfin, on ne peut procéder à une déduction globale supérieure à 25%. L'administration doit motiver brièvement la déduction opérée. Quant au juge, il ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration (ATF 126 V 75 ; VSI 2002 p. 70).

C'est ainsi que dans un arrêt du 29 août 2005 (ATFA non publié, I 422/04, consid. 5.), le Tribunal fédéral des assurances a déclaré qu'un abattement de 20 %, fixé par l'instance cantonale, était conforme à la jurisprudence pour une personne née en 1944, manœuvre en bâtiment et atteinte de divers problèmes physiques la limitant dans ses mouvements. Par ailleurs, dans un arrêt non publié du 6 juillet 2005 (ATFA non publié, I 149/2005, consid. 6.2.), le TFA a admis une réduction de 15% pour une personne présentant des limitations fonctionnelles sur le plan physique et étant dépourvue de toute formation. En outre, le TFA (ATFA non publié du 29 juillet 2003, I 405/03 consid 5.2.) a admis, dans une autre cause, une réduction de 25% opérée par l'instance inférieure en raison de l'atteinte à la santé du recourant, de sa capacité résiduelle de travail et de son âge. A noter que le recourant avait vingt ans d'expérience dans le domaine en question. On notera que le TFA a confirmé, dans un arrêt (ATFA non publié du 2 juin 2003, I 224/2004, consid. 4.2.3.), la réduction de 20% octroyée par l'OCAI en raison des limitations d'un assuré, atteint de rachialgies diffuses chroniques dans le cadre d'une hypercyphose dorsale et de discopathies L4-L5 et L5-SI, d'hyperostose vertébrale

cervico-dorsale, de syndrome de majoration des plaintes, de syndrome rotulien bilatéral, d'antécédents d'ulcère gastrique et de sinusite chronique. En revanche, notre plus haute instance n'a pas admis la réduction de 25%, réclamée par le recourant qui invoquait en plus son âge et sa nationalité, au motif qu'il était né en 1952, qu'il était au bénéfice d'un permis C et d'une expérience professionnelle acquise en Suisse depuis 1977. A l'inverse, dans un arrêt non publié (ATFA du 10 mai 2002, 1 481/01, consid. 4.), le TFA a retenu le taux maximum de réduction, soit 25%, en raison de l'âge de l'assuré, né en 1947, de sa scolarité interrompue à l'âge de 12 ans, de la limitation de son acuité visuelle et des diverses limitations décrites par les médecins liées à son activité. Enfin, dans un arrêt du 14 septembre 2005 (ATFA non publié, I 808/2004, consid. 3.3. et 4.4.), le TFA a estimé qu'un abattement de 20% ne se justifiait pas en l'espèce, la juridiction cantonale ayant accordé une trop grande importance au handicap de l'assuré, alors qu'il en avait déjà été tenu compte dans l'évaluation de sa capacité de travail. Un des seuls éléments susceptibles d'influer sur la capacité de travail du recourant, ajoutait le TFA, était, dans le cas particulier, son absence de formation professionnelle, ce qui légitimait une déduction de 10% tout au plus. Toutefois, ceci conduisant à une reformatio in pejus au détriment de l'assuré et, dans la mesure où le jugement cantonal ne concluait qu'à la confirmation de sa décision sur opposition, le TFA a renoncé à faire usage de cette faculté donnée au juge (ATF 119 V 249).

En l'occurrence, la recourante n'a pas repris l'exercice à plein temps d'une activité adaptée, lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part. Dès lors, il convient de se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires pour établir son revenu d'invalidité. Si l'on tient compte du fait que l'assurée pouvait exercer à 100% une activité adaptée à ses limitations, le salaire statistique de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2002, TA1, niveau 4). Ce secteur offre un éventail suffisamment varié d'activités non qualifiées pour qu'un certain nombre d'entre elles soient immédiatement accessibles à la recourante. Ce salaire hypothétique mensuel s'élève à 3'820 fr. par mois, part au 13^{ème} salaire comprise. Adapté à l'horaire hebdomadaire usuel de travail dans les entreprises en 2002, soit 41.7 heures (La Vie économique 1/2-2006, tableau B9.2), on obtient alors un salaire de 3'982 fr. par mois (3'820 fr. x 41.7 heures : 40 heures), soit un revenu annuel de 47'788 fr.

Le Tribunal de céans considère qu'un abattement supérieur à 15% ne se justifie pas, le bon niveau d'intégration de l'assurée en Suisse, où elle vit depuis 1986, le fait qu'elle ne subit aucune baisse de rendement et que les activités simples et répétitives recouvrent un large éventail d'activités légères adaptées à son handicap. Une réduction de 15% sera néanmoins accordée, et ce pour tenir compte de l'absence de formation professionnelle de la recourante et de son âge. Le gain d'invalidité s'élève donc à 40'619 fr.

Si l'on compare ce montant avec le revenu réalisé avant invalidité, on obtient un degré d'invalidité de 13% ($46'670 \text{ fr.} - 40'619 \text{ fr.} \times 100 : 46'670 \text{ fr.}$), selon la règle d'arrondi fixée par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 130 V 121), taux insuffisant pour ouvrir le droit à une rente de l'assurance-invalidité ou à des mesures de réadaptation, le seuil minimum de 20% requis par la jurisprudence n'étant pas atteint (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

Il apparaît ainsi que la capacité de travail de l'assurée n'est pas limitée sur le plan somatique, dans une mesure suffisante pour ouvrir droit à des prestations AI (art. 28 al. 1 LAI).

En conclusion, bien que l'assurée souffre de cervico-dorso-lombalgies, de discopathies et de gonalgies, on doit pouvoir exiger d'elle les efforts nécessaires pour exercer une activité professionnelle adaptée à plein temps. Elle n'a en conséquence pas droit à une rente d'invalidité (art. 28 al. 1 LAI). Elle ne peut pas non plus prétendre à la prise en charge de mesures professionnelles, le taux de 20% au minimum n'étant pas réalisé.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument, fixé à 200 fr., est mis 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); 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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

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