RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/572/2006 **ATAS/1064/2006**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 28 novembre 2006

En la cause

Madame B_____, domiciliée - GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GAVIN Catherine	recourante

contre

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

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Karine STECK et Juliana BALDE, Juges

EN FAIT

1. Madame B_____, née le 1954, a exercé la fonction de factrice à la Poste de janvier 1986 à janvier 1995 pour un salaire mensuel de 5'445 fr. Son état de santé ne lui permettant plus de poursuivre son activité et n'ayant pas, selon son employeur, la formation requise pour occuper une autre fonction adaptée à son état au sein de la Poste, elle a été contrainte de donner son congé pour la fin du mois de janvier 1995.

2. Elle s'est réorientée vers le massage sportif qu'elle a pratiqué en tant d'indépendante de février à novembre 1995. Cette activité ne lui a toutefois pas permis de subvenir à ses besoins. Elle s'est alors inscrite au chômage le 23 novembre 1995 et a perçu des indemnités de chômage de 5'007 fr. jusqu'au 22 novembre 1997. Elle a ensuite été placée en occupation temporaire comme aide-bibliothécaire.

3. Le 23 décembre 1996, l'assurée a déposé une demande de prestations à l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI) en vue d'un reclassement dans une nouvelle profession étant atteinte d'arthrose de toutes les articulations, colonne vertébrale incluse et de surcharge pondérale morbide.

4. En mai 1999, l'OCAI a accepté de prendre en charge une formation dans le secteur informatique du 19 avril 1999 au 30 septembre 2000 et lui a versé l'indemnité journalière pour la durée du reclassement. Le 2 novembre 2000, l'OCAI a admis la prise en charge de la poursuite de la formation comme Web designer jusqu'au 31 mars 2001, puis des cours de certificat multimédia jusqu'au 10 juillet 2001.

5. En date du 27 février 2001, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a indiqué avoir besoin d'aide pour faire sa toilette et le ménage depuis deux ans et demi et a sollicité un travail d'initiation à l'utilisation d'internet et au traitement d'image dans les ateliers de l'OCAI.

6. En 2002, l'assurée a perçu 270 indemnités journalières des prestations cantonales en cas de maladie qui ont été versées jusqu'au 29 août 2002.

7. Prise en charge depuis le 1er septembre 2002 par l'Hospice général, elle "a renouvelé" sa demande de prestations de l'assurance-invalidité le 10 septembre 2002.

8. Dans son rapport intermédiaire à l'OCAI du 2 juin 2003, le Dr A_____, spécialiste FMH, médecine interne, médecin traitant de l'assurée, indiquait que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé. Il considérait que l'hypoparathyroïdie, la polyarthrose, la gastrite chronique, l'hypoacousie appareillée avaient une influence sur sa capacité de travail. Une réinsertion professionnelle ne lui semblait pas possible en raison de pathologies multiples.

9. Par courrier du 21 septembre 2004, l'assurée a demandé à l'OCAI où en était sa demande de prestations. Elle faisait état d'endormissements diurnes et de trous de mémoires ainsi que de douleurs aux articulations en raison de l'arthrose l'empêchant d'effectuer les tâches ménagères de nettoyage et de repassage et les courses.

10. Dans une note du 11 novembre 2004, le service de la réadaptation professionnelle de l'OCAI a fait un résumé complet de la situation de l'assurée et a relevé que le profil particulier de celle-ci ne lui permettait pas de retrouver du travail malgré la réussite d'un reclassement approprié à son état de santé et à ses aptitudes. La psychologue conseillère en réadaptation concluait alors qu'une expertise psychiatrique aurait dû être effectuée avant toute mesure de réadaptation mais qu'aucune indication médicale n'allait dans ce sens en 1999. Elle a également procédé à une comparaison des gains rétroactive permettant de vérifier l'absence de prestations à l'issue du reclassement ce qui n'avait pas été fait à ce moment-là. La comparaison a été faite entre un salaire 2001 sans invalidité comme factrice à plein temps calculé selon les ESS 2000, TA7 31 (transports de personnes, marchandises et communications), niveau 2 (qualifié et indépendant) de 5'550 fr. pour 40 heures hebdomadaires, soit 5'798 fr. pour 41,8 heures et 70'968 fr. annuel si on y ajoute 2% d'augmentation pour 2001 et un salaire avec invalidité comme Web designer à plein temps, calculé selon les ESS 2000 TA1 72-74 (Services informatiques, services fournis aux entreprises) niveau 4 de 4'127 fr. pour 40 heures hebdomadaires, soit 4'313 fr. pour 41,8 heures et 52'791 fr. annuel (2% d'augmentation compris). Le taux d'invalidité était alors de 26%, ce qui ne donnait pas droit à une rente. L'auteure de la note estimait en conclusion qu'il y avait lieu d'explorer l'incapacité de travail sous l'angle des difficultés psychiques en procédant à une expertise psychiatrique.

11. Le diagnostic de syndrome d'apnée du sommeil probable a été posé par le Dr B_____, pneumologue, le 10 décembre 2004.

12. Le 18 avril 2005, un examen bisciplinaire a été demandé au Service médical régional AI (ci-après SMR Léman).

13. Le rapport du 25 juillet 2005 du SMR Léman, établi par le Dr. C_____, rhumatologue FMH, et le Dr. D_____, psychiatre FMH, faisait état, au titre de diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, de lombalgies chroniques dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs étagés avec discrète coxarthrose bilatérale, de syndrome rotulien bilatéral, de PSH de l'épaule, de discrète arthrose nodulaire des doigts. En revanche, l'obésité morbide, le diabète, l'hypoacousie appareillée et l'hypoparathyroïdie traitée étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les atteintes à la santé étaient certaines et pour l'essentiel en relation avec l'importante obésité. Elles déterminaient des limitations fonctionnelles mais étaient objectivement compatibles avec une activité sédentaire, comme celle de Web designer. L'assurée ne souffrait d'aucune atteinte psychiatrique qui pourrait

porter préjudice à sa capacité de travail. Les limitations suivantes ont été relevées : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg; pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc; s'agissant de l'épaule droite, pas de travail se faisant contre résistance, au-dessus du plan d'un établi; pas de travail impliquant des génuflexions répétées ou impliquant le franchissement régulier d'escaliers ou d'échelles. Les médecins du SMR Léman concluaient que, dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 100% depuis 1994.

14. Par décision du 19 septembre 2005, l'OCAI a rejeté la demande de rente d'invalidité de l'assurée au motif que l'activité de Web designer était tout à fait adaptée à son état de santé et pouvait être exercée à plein-temps et à plein rendement et que le degré d'invalidité de 26% auquel il était arrivé ne donnait pas droit à une rente.

15. Par courrier du 19 octobre 2005, l'assurée a formé opposition en exposant ne pas être en mesure d'exercer la profession de Web designer. Elle expliquait par ailleurs ne plus pouvoir se baisser pour ramasser des objets tombés à terre et avoir besoin d'aide pour le bain et les soins du corps ainsi que pour le ménage.

16. Par courrier du 22 novembre 2005, le Dr A_____ a précisé qu'il suivait la patiente depuis 1997, qu'elle souffrait d'une obésité morbide rendant les gestes de la vie quotidienne très difficile, qui avait aggravé un diabète et un syndrome d'apnée du sommeil. Cette surcharge pondérale aggravait également un lymphoedème des membres inférieurs avec dermite de stase et un écoulement de liquide lymphatique périodiques. Il rappelait que l'hypoparathyroïdie nécessitait une thérapie médicamenteuse et un suivi médical étroit. Sa patiente souffrait également de douleurs diffuses dans le cadre de polyarthrose dorsolombaire, de gonarthrose bilatérale et d'une gastrite chronique suite aux prises d'AINS. Enfin, elle présentait une anémie ferriprive par défaut d'absorption et une hypertension artérielle. Ce médecin demandait par conséquent à l'OCAI de convoquer sa patiente pour une expertise médicale.

17. Selon le SMR Léman, auquel cet avis avait été transmis afin qu'il se prononce sur les arguments invoqués par le médecin traitant, ceux-ci ne permettaient pas de modifier les conclusions du rapport.

18. Par décision sur opposition du 16 janvier 2006, l'OCAI a rejeté l'opposition.

19. Par écriture datée par erreur du 4 octobre 2005, postée le 15 février 2006, l'assurée recourt au Tribunal cantonal des assurances sociales contre cette décision et demande un délai complémentaire pour motiver son recours.

20. Par complément au recours du 30 mars 2006, la recourante, par la plume de son conseil, précise notamment que le rapport de la division de réadaptation

professionnelle de l'OCAI du 7 avril 1999 faisait déjà état de ses différents problèmes médicaux et du fait qu'elle était une personne entreprenante, très efficace et sachant prendre des initiatives à bon escient. Elle rappelle les différentes mesures de reclassement dont elle a bénéficié et qui ont pris fin le 10 juillet 2001 et la prise en charge de deux appareils acoustiques. Elle indique être en arrêt maladie à 100% depuis le 1er novembre 2001. Elle relève également que le 11 septembre 2002, elle a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité qui était en réalité le renouvellement des démarches effectuées antérieurement dans laquelle elle mentionnait comme atteinte à sa santé l'arthrose à la colonne cervicale, à la hanche droite, au genou droit, aux deux pieds et aux chevilles ainsi que du diabète et une obésité morbide (148 kg) et visant à l'octroi d'une rente. Elle relate les nombreux courriers qu'elle a dû adresser à l'OCAI pour obtenir des informations relatives à sa demande. Elle se réfère encore aux différents rapports de son médecin traitant qui faisaient état d'une détérioration de son état de santé, notamment d'un probable syndrome d'apnée du sommeil, mis en évidence par le Dr B_____, pneumologue. Elle explique que pour pouvoir se rendre au rendez-vous fixé à 8 heures par le SMR Léman, elle a dû partir vers 5 heures et prendre 4 Tramal pour être en mesure de monter dans le train. Enfin, elle conteste les conclusions du SMR Léman qui estime que son état de santé est resté le même depuis au moins 10 ans et que sa capacité de travail est de 100% dans une activité adaptée de type sédentaire. Dans son opposition elle confirmait sa volonté de tout mettre en œuvre pour maintenir ou recouvrer une capacité de travail maximale mais que son état de santé et ses problèmes de mémoire grandissant l'en empêchaient. Depuis trois ans, elle ne peut plus se baisser pour ramasser les objets tombés à terre, elle ne peut plus prendre son bain seule, désinfecter des ulcères variqueux et nettoyer la poche de graisse qui pend jusqu'au dessus des genoux. Elle rappelle souffrir d'incontinence qui n'est pas encore quotidienne mais se présente de plus en plus fréquemment.

Elle se réfère au courrier du Dr A_____ du 22 novembre 2005 à l'OCAI et rappelle qu'elle souffre de plusieurs atteintes à la santé, d'une part, un diabète important qui a des conséquences sur sa mémoire et une incontinence invalidante et, d'autre part, une arthrose diffuse sévère, une hypothyroïdie, une obésité morbide, des plaies et infections fréquentes, un syndrome d'apnée du sommeil, un lymphoedème des membres inférieurs avec dermite de stase et écoulement de liquide lymphatique périodique, une gastrite chronique consécutive aux prises d'AINS indispensables, une anémie ferriprive et une hypertension artérielle.

Enfin, elle expose que le 14 mars 2006, elle a dû être hospitalisée en urgence aux ("établissement hospitalier") en raison d'une subite détérioration de son état de santé et joint une attestation du Dr D_____qui dit l'avoir examinée en vue d'un traitement chirurgical de sa dermo-hypodermite nécrosante du tablier graisseux abdominal. Elle souffre d'une infiltration de la peau depuis plus d'un an. Une antibiothérapie laisse favorablement évoluer le problème cutané. En outre, une intervention chirurgicale est prévue.

Elle reproche à l'OCAI de ne s'être fondé que sur le rapport du SMR Léman, dont elle conteste la valeur probante, de ne pas avoir interpellé le Dr E_____ de l'Office cantonal de l'emploi (OCE) qui concluait à son impossibilité de reprendre une activité professionnelle quelconque. Elle demande au tribunal de céans d'ordonner une expertise judiciaire et non de renvoyer le dossier à l'OCAI pour instruction complémentaire, puis de dire et constater qu'elle a droit à une rente d'invalidité entière depuis le 22 mars 2001.

21. En date du 20 avril 2006, l'OCAI relève que la pièce médicale nouvelle produite lors de la procédure de recours concerne une consultation du 15 mars 2006, survenue postérieurement à la décision sur opposition et ne permet pas d'admettre une éventuelle aggravation durable de l'état de santé de la recourante.

22. En réponse à la demande du tribunal de céans, la Poste a indiqué, le 3 août 2006, que le salaire annuel, indemnité de résidence incluse, qu'aurait touché la recourante en 2001 se serait élevé à 66'266 fr. si elle avait travaillé aux mêmes conditions.

23. Par courrier du 3 août 2006, le Dr A_____ a été invité par le tribunal à préciser en quoi les atteintes à la santé dont il faisait état dans un courrier du 22 novembre 2005 à l'OCAI empêchaient sa patiente d'exercer l'activité de Web designer et quelles étaient les limitations fonctionnelles liées à chacune des atteintes.

24. Dans sa réponse du 25 septembre 2006, le Dr A_____ a indiqué qu'il avait fait pratiquer un électromyogramme des deux membres supérieurs qui avait mis en évidence un syndrome de tunnel carpien bilatéral qui pouvait en partie expliquer la limitation des praxies de ses mains et le défaut sensoriel partiel. Il précisait en outre que cette malade pouvait bénéficier d'infiltrations, de port d'attelles, voire de chirurgie afin de rétablir le bon fonctionnement de sa main.

25. En date du 17 octobre 2006, la recourante adresse au tribunal de céans une copie des résultats d'examens relatifs au syndrome de tunnel carpien effectués par le Dr F_____ et sollicite une expertise judiciaire. Elle conclut à titre subsidiaire à ce que le tribunal ordonne une comparution personnelle des parties.

26. Lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 14 novembre 2006, la recourante explique, qu'après avoir terminé sa formation de Web designer en juillet 2001, elle s'est immédiatement inscrite au chômage car elle pouvait à ce moment-là travailler à plein temps - ou éventuellement à temps partiel - comme Web designer. La caisse de chômage l'avait d'ailleurs reconnue apte au placement. Sa demande à l'OCAI de pouvoir travailler dans un atelier protégé pour pratiquer ce qu'elle avait appris a été refusée, de même que sa requête à l'assurance-chômage de suivre un enseignement pour adulte afin d'initier des malentendants à l'informatique. Elle précise qu'elle a été en arrêt de travail à 100% à compter de novembre 2001 en raison de l'aggravation de ses problèmes diabétiques et d'arthrose. Elle ajoute qu'il

lui est difficile de rester assise plus d'une heure parce que les deux tiers de son poids reposent sur ses hanches atteintes d'arthrose et qu'elle doit ensuite rester une heure à une heure et demie debout pour soulager la douleur. Elle ne pourrait assumer un travail à heures fixes. Elle signale par ailleurs qu'actuellement il lui est impossible d'apprendre de nouvelles choses, en particulier de mettre à jour ses connaissances informatiques en raison de ses problèmes de mémoire, lesquels n'existaient pas en 2001. Enfin, elle dit ne pas pouvoir utiliser son clavier plus de vingt minutes en raison de l'arthrose qu'elle a au niveau des articulations de ses deux mains depuis une année et demie environ. Elle persiste pour le surplus dans ses conclusions.

27. La représentante de l'OCAI, quant à elle, relève que dans son rapport du 25 juillet 2005, le médecin de SMR fait état d'excellentes capacités cognitives et elle constate qu'à entendre la recourante, elle ne souffre pas de troubles de la mémoire évidents.

28. A l'issue de l'audience, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1er 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.

   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 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).

   La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date

(ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision sur opposition litigieuse, du 16 janvier 2006, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 (la première demande de rente d'invalidité ayant été déposée le 27 février 2001), et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

c) En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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). C'est pourquoi les procédures pendantes au 1er janvier 2003 ou introduites après cette date devant un tribunal cantonal compétent en matière d'assurances sociales sont régies par les nouvelles règles de procédure contenues dans la LPGA et par les dispositions de procédure contenues dans les différentes lois spéciales modifiées par la LPGA.

Interjeté en temps utile et dans les formes prescrites par la loi, par devant le Tribunal compétent, le recours est recevable (art. 56, 59 et 60 LPGA).

2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'OCAI a considéré que les atteintes objectivées dans le cas de la recourante ne justifiaient pas de lui reconnaître une incapacité de travail durable dans la profession de Web designer dans laquelle elle a été réadaptée. Il convient également de vérifier si le calcul du taux d'invalidité de 26% est correct excluant ainsi tout droit à une rente.

3. a) L'invalidité est l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 4 LAI combiné avec l'art. 8 LPGA dans leur teneur valable depuis le 1er janvier 2003 ; voir aussi art. 4 LAI dans la version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Aux termes de la loi, l'assuré a droit à une rente de l'assurance-invalidité s'il est invalide à quarante pour cent au moins (art. 28 al. 1 première phrase LAI dont la teneur n'a été modifiée ni par l'entrée en vigueur de la LPGA, le 1er janvier 2003, ni par l'entrée en vigueur de la 4ème révision de l'AI, le 1er janvier 2004). Le droit à la rente au sens de l'art. 28 prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (art. 29 al. 1 let. a LAI et 7 LPGA), ou dès laquelle l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 29 al. 1 let. b LAI et 6 LPGA).

b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3%, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60% et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70%, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées.

4. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain) (ATF 127 V 294, consid. 5a). Ainsi, pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, le cas échéant, 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 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c).

5. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). En revanche, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. a) Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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 plutôt qu'une autre (ATF 125 V 352 consid. 3a).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 de l'expert 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, 122 V 160 consid. 1c et les références).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. Par ailleurs, il 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 353 consid. 3b/bb et cc).

7. En l'espèce, il y a lieu de constater que l'OCAI a mandaté le SMR Léman pour un examen bidisciplinaire afin de déterminer quelle était la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assurée. L'examen médical a eu lieu le 11 juillet 2005 et a été effectué par le Dr C_____, rhumatologue, et le Dr D_____, psychiatre. Le rapport établi à l'issue de l'examen comporte une anamnèse très complète sur le plan familial, professionnel, psychosocial et psychiatrique. Il relate avec précision les plaintes de la recourante et fait une brève anamnèse par système, un résumé des habitudes de celle-ci en matière de tabac, d'alcool et de médicaments ainsi que de sa vie quotidienne. L'examen clinique est complet et les constatations sont relatées avec précision. Le status relatif à l'état de santé psychique est plus sommaire mais les conclusions sont néanmoins convaincantes dans la mesure où, hormis l'avis de la psychologue en réadaptation, aucun élément du dossier n'évoque d'hypothétiques troubles psychiatriques. Le dossier radiologique est relativement ancien puisque les radiographies datent de novembre 2002 mais les constatations cliniques ne laissent pas supposer une éventuelle aggravation de l'état de santé en particulier au niveau de la colonne lombaire.

   Les diagnostics posés par le médecin traitant ont été confirmés dans une large mesure par l'examen clinique effectué par le SMR Léman. La recourante a par ailleurs eu l'occasion, lors de sa comparution personnelle, de donner des

explications détaillées sur son état de santé, notamment sur ses problèmes d'arthrose des hanches et des mains qui l'empêchent, selon elle, d'exercer une quelconque activité professionnelle, ne serait-ce qu'à temps partiel. Elle a précisé d'une part, qu'il lui était difficile de rester assise plus d'une heure, qu'elle devait ensuite rester debout une heure à une heure et demie avant que les douleurs aux hanches ne s'atténuent et, d'autre part, qu'il lui était impossible d'utiliser le clavier d'ordinateur plus de vingt minutes.

Le tribunal de céans ne nie pas que la recourante rencontre des difficultés dans la vie de tous les jours en lien avec les atteintes à la santé dont elle souffre, mais il ne saurait se fonder sur ses seules déclarations pour admettre que les atteintes ont une répercussion sur sa capacité de travail. Les déclarations de la recourante ne sont corroborées par aucun élément médical et les atteintes dont elle fait état étaient déjà connues lors de l'examen effectué par le SMR Léman et ont été prises en compte dans le rapport de ce dernier. Au surplus, bien qu'interpellé expressément par le tribunal de céans sur les limitations fonctionnelles engendrées par l'état de santé de sa patiente, le médecin traitant ne fait état que des limitations des praxies des mains en lien avec un syndrome de tunnel carpien bilatéral dont le bon fonctionnement peut être rétabli.

Par ailleurs, l'attestation du Dr D_____des "établissement hospitalier" du 27 mars 2006, qui concerne une aggravation de l'état de santé de la recourante postérieure à la décision sur opposition de l'intimé, qui remonterait toutefois à plus d'un an s'agissant de l'infiltration de la peau, ne fait état d'aucun élément laissant suspecter une limitation de la capacité de travail durable de la recourante dans l'activité en cause.

Par conséquent, il y a lieu de constater qu'il n'a été ni établi, ni même rendu vraisemblable que les atteintes à la santé auraient des répercussions sur la capacité de travail de la recourante dans l'activité de Web designer dans laquelle elle a été réadaptée.

Le dossier médical ne contenant aucun élément apte à mettre en doute les conclusions motivées et convaincantes du rapport du SMR Léman, le tribunal de céans constate qu'une pleine valeur probante peut être accordée à celui-ci et qu'il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise complémentaire.

Il convient donc de s'en tenir aux conclusions du rapport du SMR Léman selon lesquelles les répercussions sur la capacité de travail dans l'activité de Web designer, sont considérées comme relativement faibles puisqu'elles induisent les limitations fonctionnelles suivantes : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de

travail avec l'épaule droite se faisant contre résistance, au-dessus du plan d'un établi et pas de travail impliquant des génuflexions répétées ou impliquant le franchissement régulier d'escaliers ou d'échelles. Ces limitations sont en concordance avec les conclusions faites à l'issue de l'examen clinique de la recourante et permettent effectivement de conclure à une pleine capacité de travail dans l'activité de Web designer.

Le fait que la recourante n'ait pas trouvé de travail dans le domaine dans lequel elle a été réadaptée et partant, manque d'expérience professionnelle en la matière pour être compétitive sur le marché du travail, ne relève pas de l'assurance-invalidité.

Reste à examiner si l'évaluation du taux d'invalidité faite par l'OCAI est conforme à la loi et à la jurisprudence.

8. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Les principes développés par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ESS) (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.

9. En l'occurrence, le calcul effectué par l'intimé pour obtenir le taux d'invalidité a consisté en la comparaison d'un revenu d'invalide en qualité de Web designer - calculé selon l'enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2000, TA1 72-74 niveau 4 - de 52'791 fr. annuel au salaire que la recourante aurait perçu en qualité de factrice calculé selon les ESS 2000, TA7 31 (transports de personnes, marchandises et communications), niveau 2 (qualifié et indépendant). Ce dernier s'élève à 5'550 fr. pour 40 heures hebdomadaires, soit 5'798 fr. pour 41,8 heures et correspond donc à un salaire annuel de 70'968 fr. Les deux salaires annuels susmentionnés tiennent compte d'une augmentation de 2% correspondant à l'augmentation 2001.

   Ce calcul n'est pas critiquable et doit être confirmé. En effet, même si l'on tenait compte du salaire qu'aurait touché la recourante si elle avait conservé son emploi de factrice, qui se serait élevé à 66'266 fr. en 2001 selon les informations données par son ancien employeur, celui-ci reste inférieur au salaire fixé selon les ESS de 70'968 fr.

   En outre, même si l'on réduisait le revenu d'invalide de 15% pour tenir compte du handicap lié à l'obésité et à l'âge de la recourante, le taux d'invalidité ainsi obtenu de 36,8% demeurerait toujours insuffisant pour lui donner droit à une rente.

10. Enfin la question de l'octroi d'une aide au placement au sens de l'art. 18 al. 1 LAI, dont la teneur a été modifiée lors de la 4ème révision de LAI, n'a pas à être examinée, dans la mesure où la recourante a déclaré en comparution personnelle qu'elle ne pouvait ni exercer l'activité de Web designer, ni une autre activité en raison de ses problèmes de hanches, d'arthrose dans les mains et des troubles de la mémoire.

    Le recours doit par conséquent être rejeté.

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. Dit que la procédure est gratuite.

4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière — La Présidente

Marie-Louise QUELOZ — Doris WANGELER

La greffière-juriste : Catherine VERNIER

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