

GE_GERICHTE ATAS/451/2008 vom 11. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_451_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/451/2008 du 11 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/451/2008 del 11 aprile 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En revanche, en ce qui concerne 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 introduites après le 1er janvier 2003 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.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA.

E. 4

Le litige consiste à déterminer si les atteintes à la santé que présente la recourante entraînent une incapacité de travail pouvant ouvrir droit, le cas échéant, à une rente de l'assurance-invalidité.

E. 5

En premier lieu, la recourante a fait grief à l'intimé de n'avoir pu se prononcer sur les questions posées aux experts.

A/2700/2006 - 9/18 - Sur ce point, il y a lieu de se référer, ainsi que l'a fait remarquer l'intimé, à l'art. 44 LPGA. Ce dernier prévoit que si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il doit donner connaissance du nom de cet expert aux parties, qui peuvent le récuser pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Cette disposition n'impose en revanche pas à l'OCAI de soumettre à

l'assuré la liste des questions qu'il entend poser à l'expert. Ce premier grief de la recourante peut donc être écarté. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à une rente d'invalidité.

E. 6

Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assurée peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 7

Il convient de rappeler que 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). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est un principe général du droit

A/2700/2006 - 10/18 - des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dès lors, le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

E. 8

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 299). 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. Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de

l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, 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 in fine). S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

A/2700/2006 - 11/18 - L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

E. 9

Parmi les atteintes à la santé psychique, qui peuvent, comme les atteintes physiques, provoquer une invalidité, on doit mentionner – à part les maladies mentales proprement dites – les anomalies psychiques qui équivalent à des maladies. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance- invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté ; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible. Il faut donc établir si et dans quelle mesure un assuré peut, malgré son infirmité mentale, exercer une activité que le marché du travail lui offre, compte tenu de ses aptitudes. Le point déterminant est ici de savoir quelle activité peut raisonnablement être exigée dans son cas. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante ; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid.

4c in fine).

E. 10

S'agissant plus particulièrement des troubles somatoformes douloureux, la jurisprudence admet qu'ils peuvent, dans certaines circonstances, conduire à une incapacité de travail (ATF 120 V 119 consid. 2c/cc; RAMA 1996 no U 256 p. 217 ss consid. 5 et 6). De tels troubles entrent dans la catégorie des affections psychiques, pour lesquelles une expertise psychiatrique est en principe nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail qu'ils sont susceptibles d'entraîner (VSI 2000 p. 160 consid. 4b; arrêt I 683/03, du 12 mars 2004, consid. 2.2.2 et les arrêts cités). Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne suffisent pas pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation des douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.2) et être reportée à un diagnostic posé dans le cadre d'une classification reconnue (ATFA I 457/02 du 18 mai 2004, consid. 6.3). La fibromyalgie peut être assimilée à un trouble somatoforme, plus particulièrement au syndrome douloureux somatoforme persistant (ATFA I 123/04

A/2700/2006 - 12/18 - du 6 juillet 2004 consid. 4.2.1 et I 721/02 du 10 mars 2003; cf. P. A. BUCHARD, «Peut-on encore poser le diagnostic de fibromyalgie?», in: *Revue médicale de la Suisse romande* 2001, p. 443ss, spéc. p. 446; cf. aussi MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : Schaffhauser/Schlauri [éd.], *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 n. 93). Un rapport d'expertise attestant la présence d'une atteinte psychique ayant valeur de maladie - tels des troubles somatoformes douloureux - est une condition juridique nécessaire, mais ne constitue pas encore une base suffisante pour que l'on puisse admettre une limitation de la capacité de travail susceptible d'entraîner une invalidité (ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3; Ulrich MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, namentlich für den Einkommensvergleich in der Invaliditätsbemessung*, in : René SCHAUFFHAUSER/Franz SCHLAURI (éd.), *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St-Gall 2003, p. 64 s., et note 93). En effet, selon la jurisprudence, les troubles somatoformes douloureux persistants n'entraînent pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (voir sur ce point MEYER-BLASER, op. cit., p. 76 ss, spéc. p. 81 s.). Une exception à ce principe est admise dans les seuls cas où, selon l'estimation du médecin, les troubles somatoformes douloureux se manifestent avec une telle sévérité que, d'un point de vue objectif, la mise en valeur de sa capacité de travail ne peut, pratiquement plus, - sous réserve des cas de simulation ou d'exagération (SVR 2003 IV no 1 p. 2 consid. 3b/bb; voir aussi MEYER-BLASER, op. cit. p. 83, spéc. 87 s.) - raisonnablement être exigée de l'assuré, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 s. consid. 2b et les références; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 et les arrêts cités; voir également ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Admissible seulement dans des cas exceptionnels, le caractère non exigible d'un effort de volonté en vue de surmonter la douleur et de la réintégration dans un processus de travail suppose, dans chaque cas, soit la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée

importantes, soit le cumul d'autres critères présentant une certaine intensité et constance. Ce sera le cas (1) des affections corporelles chroniques distinctes ou d'un autre processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, (2) d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, (3) d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, marquant simultanément l'échec et la libération du processus de résolution du conflit psychique (profit primaire tiré de la maladie), ou enfin (4) de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art et de mesures de réhabilitation, cela en dépit de la motivation et des efforts de la personne assurée pour surmonter les effets des

A/2700/2006 - 13/18 - troubles somatoformes douloureux (VSI 2000 p. 155 consid. 2c; ATFA I 683/03 précité, consid. 2.2.3 in fine; MEYER-BLASER, op. cit. p. 76 ss, spéc. 80 ss). Les prises de position médicales sur la santé psychique et sur les ressources dont dispose l'assuré constituent une base indispensable pour trancher la question (juridique) de savoir si et dans quelle mesure on peut exiger de celui-ci qu'il mette en œuvre toute sa volonté pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail. Dans le cadre de la libre appréciation dont ils disposent, l'administration et le juge (en cas de litige) ne sauraient ni ignorer les constatations de fait des médecins, ni faire leurs les estimations et conclusions médicales relatives à la capacité (résiduelle) de travail, sans procéder à un examen préalable de leur pertinence du point de vue du droit des assurances sociales. Cela s'impose en particulier lorsque l'expert atteste une limitation de la capacité de travail fondée uniquement sur le diagnostic de troubles somatoformes douloureux. Dans un tel cas, il appartient aux autorités administratives et judiciaires d'examiner avec tout le soin nécessaire si l'estimation médicale de l'incapacité de travail prend en considération également des éléments étrangers à l'invalidité (en particulier des facteurs psychosociaux et socio-culturels) qui ne sont pas pertinents du point de vue des assurances sociales (ATF 127 V 299 consid. 5a; VSI 2000 p. 149 consid. 3), ou si la limitation (partielle ou totale) de la capacité de travail est justifiée par les critères juridiques déterminants, énumérés ci-dessus (cf. ATFA I 683/03 précité consid. 2.2.5).

E. 11

En l'espèce, l'intimé a considéré que les critères permettant d'admettre le caractère invalidant de la fibromyalgie dont souffre l'assurée n'étaient pas remplis et que l'intéressée pourrait, malgré ses autres atteintes à la santé, exercer à plein temps une activité adaptée à son état. A cet égard, l'intimé s'est basé sur l'examen bidisciplinaire pratiqué le 21 février 2005 par le SMR. La recourante conteste le rapport établi par ce dernier, alléguant notamment qu'il aurait été sommaire. Il apparaît au contraire que les deux examens auxquels a procédé le SMR ont été établis sur la base d'une anamnèse détaillée, que les constatations cliniques et les plaintes de la recourante sont documentées et que les conclusions auxquelles les médecins arrivent sont claires et motivées, de sorte qu'il convient de s'y référer. Les médecins du SMR ont posé les diagnostics principaux de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs (discopathie L4-L5 et renversement postérieur du tronc), syndrome rotulien bilatéral et troubles statiques plantaires. Ils ont également mentionnés, tout en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une obésité (BMI 40), une fibromyalgie, un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, une personnalité dépendante et des difficultés liées à l'acculturation.

A/2700/2006 - 14/18 - Ils ont écarté le diagnostic de trouble dépressif de façon convaincante. Aussi doit-on considérer en l'espèce que l'existence d'une comorbidité psychiatrique au trouble douloureux n'est pas avérée. Il convient d'ailleurs de relever que le Dr L _____ ne parle pas à proprement parler de dépression mais de "syndrome dépressif d'accompagnement". La recourante n'a d'ailleurs été suivie qu'une année par le Dr N _____, lequel n'a diagnostiqué qu'un épisode dépressif moyen. Étant rappelé que la jurisprudence exige la présence manifeste d'une comorbidité psychiatrique d'une acuité et d'une durée importantes et que, lorsqu'un trouble dépressif accompagne un trouble somatoforme douloureux et qu'il apparaît comme une réaction à celui-ci, il ne constitue pas une affection autonome, distincte du syndrome douloureux psychogène, au sens d'une comorbidité psychiatrique manifeste d'une acuité et d'une durée importantes (ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence à Meyer-Blaser, op. cit., p. 81 et la note 135), il faut donc conclure en l'espèce, à l'inexistence d'une telle comorbidité.

E. 12

Reste à examiner si la recourante remplit les autres critères permettant de reconnaître le trouble somatoforme douloureux comme une maladie psychiatrique invalidante au sens de l'assurance-invalidité. S'il ne fait pas de doute que la recourante est atteinte d'affections corporelles chroniques (en particulier de lombalgies) et que le processus maladif s'étant à ce jour sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), force est de constater que l'intéressée ne souffre pas d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Il a été relevé qu'elle a toujours eu peu de loisirs et que son existence a de longue date été marquée par une aboulie et une anhédonie. Il apparaît que l'assurée continue à mener le style de vie qui était le sien avant l'apparition des symptômes maladiques et s'il existe certes une forme d'isolement social, celui-ci est dû en grande partie à des facteurs psychosociaux et socioculturels (linguistiques entre autres) dont l'assurance-invalidité n'a pas à répondre (cf. ATF 127 V 294 consid. 5a). Quant à l'état psychique, au vu des différentes opinions médicales au dossier, il apparaît qu'il n'est manifestement pas cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique ; quoiqu'il en soit, il n'est nullement allégué que l'assurée aurait tenté tous les traitements possibles et que l'ensemble de ceux-ci se seraient soldés par un échec. En conséquence, la fibromyalgie dont souffre la recourante ne saurait se voir reconnaître un caractère invalidant. Il faut donc conclure à l'absence de droit à des prestations d'assurance en ce qui concerne la fibromyalgie, de sorte que l'invalidité de la recourante doit être établie au regard des seuls diagnostics de lombalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs, syndrome rotulien bilatéral et troubles statiques plantaires.

A/2700/2006 - 15/18 - Or, les experts ont estimé que ces atteintes n'empêcheraient pas la recourante d'exercer à plein temps une activité adaptée qu'ils ont décrite comme devant tenir compte des limitations de l'assurée compte tenu des atteintes au rachis, aux genoux et aux pieds, à savoir : nécessité de pouvoir alterner une fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charge d'un poids excédant huit kilogrammes, pas de port régulier de charges excédant douze kilogrammes, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail devant se dérouler à genoux ni de travail imposant des genuflexions ou le déplacement régulier en terrain inégal ou encore le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers, pas de travail s'effectuant en position debout statique exclusive. Ce faisant, les médecins du SMR ont pris en considération les atteintes à la santé de l'assurée. Quant à la surcharge pondérale dont

souffre cette dernière, le Dr L. _____ lui a indiqué, dans l'un de ses premiers rapports médicaux (du 31 mars 2003) qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Nul doute que cette affection a des conséquences sur les troubles orthopédiques de l'assurée, dont on a cependant vu qu'ils ont été pris en compte par le SMR dans son appréciation. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu une capacité de travail entière dans une activité adaptée. Reste à examiner le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

E. 13

a) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalide 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). 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 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b). Le nouveau droit n'a pas modifié l'échelonnement des rentes (art. 28 al. 1 LAI) en tant qu'il se rapporte au quart et à la demi-rente, mais il permet d'octroyer trois-quarts de rente à l'assuré dont le degré d'invalidité atteint 60 %, alors que le taux ouvrant droit à une rente entière est passé de 66 ■ à 70 %. b) En l'absence d'atteinte à la santé, la recourante aurait selon toute vraisemblance continué à travailler pour son ancien employeur, de sorte que le revenu sans invalidité doit en principe être déduit des salaires réalisés en dernier lieu par

A/2700/2006 - 16/18 - l'intéressée (cf. MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], p. 205). En l'occurrence, c'est donc à bon droit que l'intimé a retenu le revenu que l'assurée aurait réalisé sans invalidité en 2002, soit 37'877 fr. (37'134.- en 2001 = 37'877.- en 2002 compte tenu d'une augmentation de 2%). S'agissant du revenu avec invalidité, il y a lieu de rappeler qu'en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de l'évaluer en se fondant sur les données statistiques (cf. ATF 126 V 76), en se référant à la statistique des salaires bruts standardisés – médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb). En l'espèce, entre en considération une activité de substitution à 100 % permettant d'alterner les positions assise et debout, évitant le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant huit kilogrammes, le port régulier de charges excédant douze kilogrammes, le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, le travail à genoux, le déplacement régulier en terrain inégal ou encore le franchissement régulier d'escabeaux, d'échelles ou d'escaliers. Eu égard à ces considérations, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre des femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans les domaines de la production ou des services du secteur privé, soit, en 2002, 45'840 fr. (cf. Enquête suisse sur la structure des salaires 2002, [ESS], TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7 heures), ce montant doit être porté à 47'788 fr. 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 (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'espèce, même si l'on admettait la réduction maximale de 25 %, on obtiendrait un degré d'invalidité de moins de 6%, insuffisant pour ouvrir droit à des prestations de l'assurance-invalidité. Dans la mesure où le montant retenu représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, on peut admettre, que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celle-ci. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et adaptées au handicap de l'assuré. Le salaire statistique qui a été pris en considération est donc représentatif de ce que pourrait gagner la recourante, compte tenu d'un marché équilibré du travail (au sens

A/2700/2006 - 17/18 - de l'art. 28 al. 2 aLAI ou 16 LPGa), en mettant à profit sa pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Eu égard aux considérations qui précèdent, c'est à raison que l'intimé a nié à l'assurée le droit à une rente d'invalidité. Partant, le recours, mal fondé, sera rejeté et l'émolument, fixé en l'espèce à 200 fr., sera mis à la charge de la recourante qui succombe.

A/2700/2006 - 18/18 -

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