

## **GE\_GERICHTE A/2283/2008 vom 20. Januar 2009**

GE Cour de justice, 2009-01-20, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2283\\_2008](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2283_2008)

FR: GE\_GERICHTE A/2283/2008 du 20 janvier 2009

IT: GE\_GERICHTE A/2283/2008 del 20 gennaio 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 10**

Dans un rapport du 12 avril 2008, la Dresse L\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire depuis le 5 octobre 2004, que l'incapacité de travail était de 100% comme aide de cuisine, et de 50% au maximum dans une activité adaptée. Le médecin a ajouté que "l'incapacité de reprendre une activité professionnelle adaptée est un facteur de dépression modéré chez cette patiente qui vit cette situation comme très dévalorisante". Dans une note du 14 avril 2008, le Dr Q\_\_\_\_\_ du Service médical régional AI (ci-après SMR) a relevé d'une part, que l'atteinte somatique était très modeste et ne représentait pas vraiment une cause objective d'incapacité de travail, et d'autre part, que des éléments de nature dépressive étaient compréhensifs dans une situation sociale difficile. Le Dr Q\_\_\_\_\_ considère dès lors que l'avis du médecin traitant doit être relativisé. Un nouveau rapport a été établi par la Division de réadaptation professionnelle de l'AI le 16 avril 2008, aux termes duquel "malgré les déclarations de l'assurée d'être prête à faire un effort important, la tentative de reprise d'activité sous forme de mesures d'observations professionnelles a échoué pour des raisons ne relevant pas de notre assurance. Des mesures professionnelles ne sont pas indiquées et nous sommes contraints d'évaluer l'invalidité de manière théorique sur la base d'un travail à plein temps avec un rendement de 80%, soit une capacité de travail de 80%. L'exigibilité SMR est valable depuis décembre 2003. Nous prenons comme année de calcul l'année d'échéance du délai de carence, soit 2004". Le degré d'invalidité avec une réduction supplémentaire de 10% a été ainsi fixé à 31,11%, étant précisé que la diminution de la capacité de travail exigible tenait déjà compte des limitations fonctionnelles. L'OCAI a transmis l'assurée le 17 avril 2008 un projet de décision aux termes duquel sa demande était rejetée. L'assurée, représentée par Maître Jacques BOROWSKY, a contesté ce projet. Par décision du 22 mai 2008, l'OCAI l'a confirmé. L'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours le 24 juin 2008 contre ladite décision. Elle nie toute valeur probante aux rapports établis par les médecins du SMR, dont les conclusions sont contredites par les Drs L\_\_\_\_\_, M\_\_\_\_\_, R\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_. Elle relève que les Drs L\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ ont attesté d'une aggravation de son état de santé depuis 2007 en raison de son trouble dépressif. Elle reproche également à l'OCAI de s'être borné à admettre un abattement de 10%, alors qu'il aurait fallu tenir compte du taux maximal de 25%. Elle conclut dès lors principalement, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité au moins, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 et subsidiairement, à la prise en charge de mesures d'observation professionnelle. Invité à se déterminer, le Dr Q\_\_\_\_\_ constate le 20 août 2008 : "Annonce d'une aggravation en invoquant en premier les problèmes physiques, mais il s'avère que la dépression qualifiée de sévère était évaluée déjà de la même façon en 2006 par la Dresse L\_\_\_\_\_, mais qui n'avait pas été confirmée par l'examen SMR. Cela tient certainement compte d'une empathie certaine de la part du médecin traitant. Rappelons que le rapport d'avril 2008 parlait d'un état de santé

stationnaire. Donc aggravation éventuelle postérieure à la décision négative qui a encore pu avoir un effet défavorable sur le psychisme (mais cela ne devrait pas être pris en compte par l'AI). Le Dr M\_\_\_\_\_ indique que la situation ne s'améliore pas, il évoque une aggravation psychique et somatique sans en préciser la nature tout en notant que la non reconnaissance de la dépression par l'AI "n'arrange pas les choses". Un tel élément ne paraît pas relever de l'AI". Dans sa réponse du 21 août 2008, l'OCAI a dès lors proposé le rejet du recours. Le Tribunal de céans a ordonné la comparution personnelle des parties et l'audition de la Dresse L\_\_\_\_\_ le 9 décembre 2008. Celle-ci a déclaré que : "Je confirme les rapports que j'ai établis à l'attention de l'OCAI les 26 février 2005, 12 avril et 12 juin 2008. L'état de santé est resté stationnaire depuis le 5 octobre 2004, date de ma première consultation. J'ai relevé une modeste amélioration dans le courant de l'année 2007 survenue avant le stage et qui a du reste conduit à ce stage. Elle ne s'est toutefois pas maintenue. Je précise que l'état dépressif est étroitement lié aux douleurs. L'assurée conservait toutefois une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Le fait de n'avoir pas réussi à trouver un emploi répondant à ses limitations a aggravé l'état dépressif. La situation s'est péjorée au moment où l'assurée a suivi son stage aux EPI. J'ai indiqué dans mon rapport du 12 avril 2008 que l'état était resté stationnaire, parce que j'ai envisagé la situation dans son ensemble depuis octobre 2004. Pour moi la situation était redevenue, suite à la légère amélioration, aussi mauvaise qu'elle l'était en octobre 2004. Le Dr M\_\_\_\_\_ m'a informée que les douleurs arthrosiques auraient progressé, ce qui implique une aggravation de l'état dépressif. J'estime que sur le plan psychiatrique, la capacité résiduelle de travail de ma patiente ne dépasse pas 25% (c'est un maximum). Globalement, les deux aspects, psychiatrique et somatique, se présentent à parts égales". L'assurée a quant à elle déclaré qu'elle ne pensait pas pouvoir réussir à suivre une nouvelle mesure professionnelle. 19. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1 er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales s'applique. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA). Le litige porte sur le droit de l'assurée à des prestations AI. En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI (en liaison avec l'art. 8 LPGA). 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 (ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références ; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). 6. Dans un arrêt récent (ATF 132 V 65 ), le TFA a considéré qu'il se justifiait, sous l'angle juridique, et en l'état actuel des connaissances, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie. Ces deux atteintes à la santé présentent en effet des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogénèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine. Cela rend dans les deux cas la limitation de la capacité de travail difficilement mesurable, car l'on ne peut pas déduire l'existence d'une incapacité de travail du simple diagnostic posé, dès lors que celui-ci ne renseigne pas encore sur l'intensité des douleurs ressenties par la personne concernée, ni sur leur évolution ou sur le pronostic qu'on peut poser dans un cas concret. Aussi convient-il également, en présence d'une fibromyalgie, de poser la présomption que cette affection ou ses effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 50 ). Le TFA a toutefois reconnu qu'il existe des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 354 et 131 V 50 ), que l'on peut transposer au contexte de la fibromyalgie. On retiendra, au premier plan, la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (voir en matière de troubles somatoformes douloureux l'ATF 130 V 358 consid. 3.3.1 et la référence). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie). Enfin, on conclura à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable (par exemple une discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact) (cf. ATFA précité I 336/04, consid. 4.2.1 et 4.2.2). Dans ce contexte, on rappellera encore que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Quand bien même le diagnostic de fibromyalgie est d'abord le fait d'un médecin rhumatologue, il convient d'exiger le concours d'un médecin spécialiste en psychiatrie lorsqu'il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que la

fibromyalgie est susceptible d'entraîner, dès lors que les facteurs psychosomatiques ont, selon l'opinion dominante, une influence décisive sur le développement de cette atteinte à la santé. Une expertise interdisciplinaire tenant à la fois compte des aspects rhumatologiques et psychiques apparaît donc la mesure d'instruction adéquate pour établir de manière objective si l'assuré présente un état douloureux d'une gravité telle - eu égard également aux critères déterminants précités - que la mise en valeur de sa capacité de travail sur le marché du travail ne peut plus du tout ou seulement partiellement être exigible de sa part. Demeurent réservés les cas où le médecin rhumatologue est d'emblée en mesure de constater, par des observations médicales concluantes, que les critères déterminants ne sont pas remplis, ou du moins pas d'une manière suffisamment intense, pour conclure à une incapacité de travail (ATFA précité I 336/04, consid. 4.3). Quant à la comorbidité psychiatrique, celle-ci n'est admise pour des états dépressifs que si ceux-ci peuvent être considérés comme une atteinte psychique indépendante des troubles somatoformes douloureux, mais non pas s'ils se révèlent être, sur la base du dossier médical, des manifestations (réactives) d'accompagnement de ces troubles (ATFA du 12 mars 2004, I 683/03, destiné à la publication et ATFA non publiés du 8 juin 2004, I 282/03 et I 283/03).

7. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. 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, et la jurisprudence citée). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif, l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. 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 (ATFA non publié du 21 mars 2006, I 247/05, consid. 1.2). 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). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice 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 judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise 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). Il convient également de rappeler que, pour ce qui concerne 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). En l'espèce, se fondant sur l'examen des Dresses O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ du 12 décembre 2006, l'OCAI a considéré que les rachialgies diffuses et la fibromyalgie dont souffrait l'assurée ne suffisaient pas pour constituer des atteintes invalidantes et refusé toute prestation AI. Les médecins qu'il avait mandatés ont en effet fixé la capacité de travail de l'assurée à 100% dans une activité adaptée dès décembre 2003. Ils n'ont retenu aucun diagnostic sur le plan psychiatrique, relevant que la symptomatologie dépressive dont faisait état la Dresse L \_\_\_\_\_, n'était que réactionnelle aux douleurs chroniques, de sorte qu'elle ne saurait être constitutive d'une comorbidité psychiatrique autonome. La Dresse L \_\_\_\_\_, médecin traitant, a en revanche affirmé que sa patiente ne pouvait travailler qu'à 50% dans une activité adaptée au motif qu'elle présentait des cervico-lombalgies, du surpoids et un état dépressif chronique. Le Dr M \_\_\_\_\_ a également fixé à 50% la capacité de travail de l'assurée dans une activité légère. Le Dr N \_\_\_\_\_ n'a quant à lui pas pu se prononcer n'ayant vu l'assurée qu'une seule fois. Le Tribunal de céans constate que l'examen réalisé par les Dresses O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine valeur probante. Elles ont expliqué en quoi consistait les atteintes à la santé de l'assurée, leurs conclusions sont claires et bien motivées, de sorte que le Tribunal n'a a priori aucune raison de s'en écarter. Il s'agit toutefois de déterminer si l'appréciation des Drs L \_\_\_\_\_ et M \_\_\_\_\_ est de nature à les mettre en doute. Le Tribunal de céans constate que les Dresses O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ n'ont pu mettre en évidence que des rachialgies diffuses dans le cadre d'un trouble statique et discrètement dégénératif avec insuffisance posturale et déconditionnement global ainsi qu'un début de gonarthrose bilatérale possible. S'agissant du diagnostic de dépression, il est utile d'objectiver s'il s'agit d'un épisode dépressif transitoire ou d'un trouble affectif grave durable pour une évaluation de la capacité de travail. Des indications sur le pronostic avec un traitement approprié sont indispensables (cf. chiffre 1015 de la Circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité). En l'espèce, aucun diagnostic psychiatrique invalidant n'a été retenu par les médecins du SMR. Le médecin traitant, entendu par le Tribunal de céans, a du reste confirmé que l'état dépressif était étroitement lié aux douleurs. Force est ainsi de constater que l'état dépressif ne constitue qu'une réaction aux douleurs et ne présente pas une sévérité telle qu'il exclut toute mise en valeur de la capacité de travail de l'assurée. L'assurée allègue avoir subi une aggravation de son état de santé depuis 2007 en raison de son trouble dépressif. Or, la Dresse L \_\_\_\_\_ a clairement indiqué dans son rapport du 12 avril 2008, que l'état de santé était stationnaire. Elle qualifiait du reste déjà de grave l'état dépressif de sa patiente en février 2005. Il est vrai qu'elle a expliqué au Tribunal de céans qu'une modeste amélioration était intervenue dans le courant de l'année 2007, peu avant le stage OSER, de sorte qu'il y avait bel et bien eu une aggravation par la suite qui avait à

nouveau replacé l'assurée dans l'état dans lequel elle était en octobre 2004. Le Tribunal de céans constate cependant qu'on ne saurait considérer dans ces conditions qu'une aggravation soit survenue. Enfin, le diagnostic de fibromyalgie posé par les médecins traitants ne saurait être retenu à titre d'atteinte à la santé invalidante au sens de la LAI, vu l'absence d'une part de comorbidité psychiatrique grave et d'autre part des critères jugés déterminants par la jurisprudence. Reste à examiner le degré d'invalidité. Aux termes de l'art. 28 al. 1 LAI, en vigueur depuis le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à un quart de rente si le taux d'invalidité atteint 40% au moins, à une demi-rente s'il atteint 50% au moins, à trois-quarts de rente s'il atteint 60% et à une rente entière s'il atteint 70% au moins. 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 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. 17. En l'espèce, le calcul auquel a procédé l'OCAI est conforme aux dispositions légales et réglementaires applicables, ainsi qu'à la jurisprudence du TFA. 18. L'assurée conteste encore le taux d'abattement supplémentaire de 10% admis par l'OCAI. Elle considère qu'il devrait être de 15%. 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 consid. 5b/aa cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). La déduction de 25% n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. 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'invalide, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. Le TFA a

ainsi procédé à un abattement de 15% pour tenir compte en particulier de la nationalité étrangère du recourant et de l'empêchement à effectuer des travaux lourds ou de la nécessité d'alterner les positions assis/debout (ATFA non publié du 30 novembre 2001 I 422 /01). Dans un autre cas, l'abattement a été fixé à 15% dans le cas d'un ressortissant portugais d'une cinquantaine d'année subissant des limitations importantes de l'épaule (ATFA non publié du 18 juillet 2003, I 422/01). Dans un arrêt du 23 octobre 2000 (ATFA non publié en la cause I 177/00), le Tribunal fédéral a indiqué qu'il n'y avait pas lieu de retenir un abattement de 10% en raison de la limitation à des activités légères dans le cadre d'activités simples et répétitives que recouvraient les secteurs de la production et des services, car au regard du large éventail d'activités que recouvrait cette catégorie, on devait convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont légères et permettent l'alternance des positions et sont donc adaptées aux handicaps des assurés qui ne peuvent plus effectuer de travaux lourds et doivent éviter les positions statiques prolongées. Enfin, le TFA admet comme un facteur de réduction le fait que l'intéressé se trouve limité à exercer un travail à temps partiel. En effet, il est généralement admis que les employés à temps partiel gagnent proportionnellement moins que ceux qui travaillent à temps plein (Arrêt du TFA du 10 octobre 2003, I 412/03 ; voir VSI 1998 p. 182 consid. 4b, 1998 p. 297 ; ESS 2000 p. 24 tableau 9). La réduction des salaires ressortant des statistiques incombe en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152). En l'espèce, le taux d'abattement pris en considération par l'OCAI de 10% n'est, au vu de ce qui précède, pas critiquable. 19. Il y a ainsi lieu de confirmer le degré d'invalidité de 31,11%, insuffisant pour justifier le droit à une rente d'invalidité. 20 . Conformément à l'art. 8 al. 1 LAI, les assurés invalides ou menacés d'une invalidité imminente ont droit aux mesures de réadaptation qui sont nécessaires et de nature à rétablir leur capacité de gain, à l'améliorer, à la sauvegarder ou à en favoriser l'usage, ce droit étant déterminé en fonction de toute la durée d'activité probable. Selon la jurisprudence, l'invalidité n'est imminente que lorsqu'il est possible de prévoir qu'elle surviendra dans un avenir peu éloigné : cette condition n'est pas remplie dans les cas où la survenance de l'incapacité de gain paraît certes inéluctable, mais où le moment de cette survenance demeure encore incertain (ATF 124 V 269 consid. 4 et les références; VSI 2000 p. 300 consid. 4; RCC 1980 p. 252; ZAK 1980 p. 270). Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). La rééducation dans la même profession est assimilée au reclassement (al. 2). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle générale, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 110 consid. 2a et les références; VSI 2002 p. 109 consid. 2a). En particulier,

l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1). Sont réputées nécessaires et appropriées toutes les mesures de réadaptation professionnelle qui contribuent directement à favoriser la réadaptation dans la vie active. L'étendue de ces mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret. Celui qui peut prétendre au reclassement en raison de son invalidité a droit à la formation complète qui est nécessaire dans son cas, si sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée de manière notable (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid. 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Est réputé invalide au sens de l'art. 17 LAI celui qui n'est pas suffisamment réadapté, l'activité lucrative exercée jusque-là n'étant plus raisonnablement exigible ou ne l'étant plus que partiellement en raison de la forme et de la gravité de l'atteinte à la santé. Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20% environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références). 21. En conséquence l'assurée, dont le degré d'invalidité est de 31,11%, a en principe droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Le Tribunal de céans constate cependant qu'en réalité, bien qu'ayant expressément sollicité l'examen de son droit à de telles mesures, l'assurée apparaît comme peu motivée à reprendre une quelconque activité. Elle a à cet égard confirmé lors de sa comparution personnelle qu'elle ne pensait pas être capable de suivre une nouvelle mesure professionnelle. Aussi l'octroi de mesures de réadaptation professionnelle ne paraît-il pas justifié. 22. Le recours, mal fondé, est rejeté.

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