

GE_GERICHTE ATAS/22/2011 vom 23. Dezember 2010

GE Cour de justice, 2010-12-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_22_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/22/2011 du 23 décembre 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/22/2011 del 23 dicembre 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1er let. a ch. 2 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire (RSGe E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) relatives à la loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-invalidité (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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

A/3320/2009 - 15/25 - moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références citées).

E. 3

Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé au guichet du Tribunal le 14 septembre 2009 est recevable.

E. 4

Le litige porte uniquement sur les prestations dues par l'assurance-invalidité à la recourante pour la période postérieure au 30 septembre 2004, plus particulièrement, sur son degré d'invalidité au-delà de cette date et sur la question de savoir si son état de santé s'est réellement amélioré en juin 2004 de manière à influencer son droit aux prestations.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06, non publiés au Recueil officiel). Selon cette disposition, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

E. 6

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut donc être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ibid.). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATF des 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1, et 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités).

A/3320/2009 - 16/25 -

E. 7

L'art. 28 al. 2 LAI (de même que l'art. 28 al. 1er LAI, dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007 [aLAI]), prévoit que l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% 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. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1er LGPA et 4 al. 1er LAI). Aux termes de l'art. 7 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 (al. 1er). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur depuis le 1er janvier 2008). Au sens du droit des assurances sociales, la notion d'invalidité est donc une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 272 consid. 4a). Le rôle principal de l'assurance-invalidité consiste en effet à éliminer ou à atténuer au mieux les effets préjudiciables d'une atteinte à la santé sur la capacité de gain de la personne assurée, en privilégiant au premier plan l'objectif de réinsertion dans la vie professionnelle active ou dans le secteur d'activité initial, et au second plan le versement de prestations en espèces (Message du Conseil fédéral du 22 juin 2005, FF 2005 4223, n. 1.1.1.2). L'examen d'un éventuel droit à des prestations de l'assurance-invalidité doit par conséquent procéder d'une investigation au centre de laquelle figure avant tout la valorisation économique des aptitudes résiduelles – fonctionnelles et intellectuelles – de la personne assurée, les mesures qui peuvent être exigées d'elle devant cependant être propres à atténuer les conséquences de l'atteinte à sa santé (ATF du 7 octobre 2009, 9C_236/2009, consid. 4.4.1).

E. 8

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, on applique de manière générale le principe selon lequel un invalide doit, avant de requérir des prestations, entreprendre de son propre chef tout ce qu'on peut raisonnablement attendre de lui pour atténuer le mieux possible les conséquences de son invalidité ; c'est pourquoi un assuré n'a pas droit à une rente lorsqu'il serait en mesure, au besoin en changeant de profession d'obtenir un revenu excluant une invalidité ouvrant droit à une rente. Ainsi, la réadaptation par soi-même est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation. L'obligation de diminuer le dommage s'applique aux aspects de la vie les plus variés. Toutefois, le point de savoir si une mesure peut être exigée d'un assuré doit

A/3320/2009 - 17/25 - être examiné au regard de l'ensemble des circonstances objectives et subjectives du cas concret (ATF 113 V 22 consid. 4 et les références). Par circonstances subjectives, il faut entendre en premier lieu l'importance de la capacité résiduelle de travail ainsi que les facteurs personnels tels que l'âge, la situation professionnelle concrète ou encore l'attachement au lieu de domicile. Parmi les circonstances objectives doivent notamment être pris en compte l'existence d'un marché du travail équilibré et la durée prévisible des rapports de travail (ATF des 5 avril 2006, I 750/04, consid. 5.3, publié in SVR 2007 IV p. 1 et 22 août 2001, I 11/00, consid. 5, publié in VSI 2001 p. 274).

Autrement dit, on doit pouvoir exiger de celui qui requiert des prestations qu'il prenne toutes les mesures qu'une personne raisonnable prendrait dans la même situation s'il ne pouvait attendre aucune indemnisation de tiers. Mais, parmi les exigences qui peuvent être posées à un assuré au titre de son obligation de réduire le dommage, l'administration ne doit pas se laisser guider uniquement par l'intérêt général à une gestion économique et rationnelle de l'assurance ; elle doit également tenir compte de manière appropriée du droit de chacun au respect de ses droits fondamentaux. La question de savoir quel est l'intérêt qui doit l'emporter dans un cas particulier ne peut être tranchée de façon définitive. Cela étant, plus la mise à contribution de l'assureur est importante, plus les exigences posées à l'obligation de réduire le dommage devront être sévères. Tel est le cas, par exemple, lorsque la renonciation à des mesures destinées à réduire le dommage conduirait à l'octroi d'une rente ou au reclassement dans une profession entièrement nouvelle (ATF 113 V 22 consid. 4d ; HÜRZELER, Prävention im Haftpflicht- und Sozialversicherungsrecht, in Prävention im Recht, 2007, p. 172).

E. 9

Il convient enfin de rappeler que, dans un arrêt du 5 octobre 2001 (ATF 127 V 294), le Tribunal fédéral des assurances a précisé que les facteurs psychosociaux ou socioculturels ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1er LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels ; il faut encore que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels que, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments

qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (consid. 5a in fine ; VSI 2000 p. 155 consid. 3).

A/3320/2009 - 18/25 -

E. 10

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, voire d'autres spécialistes, doit lui fournir. La tâche du médecin consiste alors 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 256 consid. 4, 115 V 134 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 rente. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient 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 que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 sur-expertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351). 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 (ATF précité, consid. 3b).

A/3320/2009 - 19/25 - En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon son 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 lui (ibid.).

E. 11

Il sied encore de rappeler que, comme le Tribunal fédéral l'a déclaré à maintes reprises, la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 126 V 288 consid. 2). Depuis le 1er janvier 2003, la définition de l'invalidité est uniformément codifiée à l'art. 8 LPGA. En raison de l'uniformité de la notion d'invalidité, il convient notamment d'éviter que pour une même atteinte à la santé, assurance-accidents et assurance-invalidité n'aboutissent à des appréciations divergentes quant au taux d'invalidité. Cela n'a cependant pas pour conséquence de les libérer de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. En aucune manière un assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par l'autre assureur car un effet obligatoire aussi étendu ne se justifierait pas (cf. ATF 133 V 549 consid. 6, 131 V 362 consid. 2.2). D'un autre côté, l'évaluation de l'invalidité par l'un de ces assureurs ne peut être effectuée en faisant totalement abstraction de la décision rendue par l'autre. À tout le moins, une évaluation entérinée par une décision entrée en force ne peut pas rester simplement ignorée. À cet égard, le Tribunal fédéral a eu l'occasion de préciser qu'une appréciation divergente ne devrait intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Pourraient constituer de tels motifs le fait que l'évaluation repose sur une erreur de droit ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle n'emporte nullement la conviction, qu'elle soit entachée de partialité ou de subjectivité, ou encore qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré (ATF non publié du 30 novembre 2004, I 50/04). En tout état, l'OAI ne saurait être lié par l'évaluation de l'invalidité faite par l'assureur-accidents (ATF non publié du 8 août 2008, 9C_751/2007).

E. 12

En l'espèce, les rapports médicaux établis ou complétés par le Dr O_____ les 1er mars 2004 et 19 avril 2005, par les Drs R_____ et S_____ les 8 février, 17 juillet et 15 décembre 2006, par les Drs T_____ et U_____ le 28 juin 2006, par le Dr W_____ les 19 avril et 11 juin 2007 et 22 avril 2009, ainsi que par le Dr B_____ le 5 mars 2008, comprennent un examen approfondi des documents mis à disposition par l'administration, une riche anamnèse, un exposé complet des plaintes exprimées par la recourante, le

A/3320/2009 - 20/25 - résultat des examens cliniques effectués et leur évaluation détaillée. Les conclusions tirées par ces différents praticiens sont abondamment commentées. Motivés à satisfaction de droit, ces divers rapports doivent se voir reconnaître pleine valeur probante. Spécialisés, les rapports établis par les Drs Q_____ et V_____, notamment, fournissent de précieux renseignements et des appréciations qui ne sauraient être négligées, mais force est de constater qu'ils ne répondent pas aux exigences formelles et matérielles rappelées plus haut, de sorte qu'en cas de contradictions avec les expertises précitées, il conviendra de faire prévaloir ces dernières, les investigations pluridisciplinaires devant en outre être privilégiées par rapport aux investigations sectorielles. Quant aux rapports médicaux établis par les Drs P_____, C_____ et A_____, ils ne peuvent se voir reconnaître pleine valeur probante dans la mesure où les médecins en question n'ont pas pratiqué des examens complets et où, en leur qualité de médecins

traitants de la recourante, ils ont tissé avec cette dernière une relation de confiance étroite dont il faut tenir compte qu'elle est susceptible d'influencer sensiblement le contenu de leurs propos. On relèvera par ailleurs que le Dr A _____ n'est pas spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, si bien que, selon la jurisprudence rendue en la matière (voir par exemple l'ATF du 31 août 2007 en la cause I 65/07), l'appréciation qu'il a émise dans ce domaine n'a, en tout état, qu'une valeur probante affaiblie. Ceci étant posé, l'instruction de la cause a permis d'établir que, suite aux ménisectomies gauches réalisées en décembre 2000 et janvier 2001, la recourante a pu reprendre son activité professionnelle à plein temps jusqu'en novembre 2002, date à laquelle elle a été victime d'une chute qui a entraîné une hyper-flexion de son genou gauche et l'exacerbation des douleurs résiduelles qu'elle éprouvait, vraisemblablement dues à une arthrose fémoro-tibiale débutante sur ostéochondrose consécutive aux ménisectomies précitées. En outre, bien que cet élément ne fût pas encore évoqué à l'époque, les membres inférieurs de la recourante présentaient depuis toujours une différence de longueur, son fémur gauche étant plus long que le droit de sept millimètres environ (ce dernier point, contesté par le Dr O _____, n'est cependant pas décisif). L'ostéotomie proximale du tibia gauche réalisée par le Dr M _____ le 31 mars 2003 était, de l'avis des spécialistes qui se sont exprimés sur ce point, parfaitement indiquée au vu de la gonarthrose évoquée plus haut, et a été effectuée dans les règles de l'art. Cette opération a toutefois entraîné un allongement supplémentaire du membre inférieur gauche, évalué à six ou huit millimètres par les Drs Q _____ et W _____, à quinze millimètres par le Dr O _____.

A/3320/2009 - 21/25 - Depuis lors, la recourante s'est plainte de douleurs lombaires et les examens réalisés ont mis en évidence des troubles de la statique de la colonne lombaire associés à une bascule du bassin à droite, ainsi qu'une discarthrose débutante au niveau L5-S1. L'intimé a considéré qu'une amélioration était intervenue dans l'état de l'assurée en mars 2004, date à laquelle il a fixé le début de l'aptitude à la réadaptation en se fondant sur l'avis du Dr O _____ (cf. avis du SMR du 29 juin 2007). Il est vrai qu'il ne semble pas y avoir eu véritablement amélioration de l'état de l'assurée à ce moment-là. Cependant, c'est en 2004, que les limitations fonctionnelles ont été clairement définies pour la première fois par rapport à une activité adaptée. Le Dr O _____, en particulier, a constaté l'incapacité de l'assurée à rester debout ou assise plus de trente minutes, à marcher plus de deux cents mètres, à porter des charges supérieures à cinq kg, à monter ou descendre des escaliers ou encore à conduire un véhicule. En avril 2005, ce médecin a confirmé ces limitations fonctionnelles en précisant que si une légère amélioration était intervenue au niveau du genou gauche, la situation se dégradait en revanche au niveau du rachis. Le Dr O _____ a admis, en mars 2004, que l'assurée serait capable d'exercer une activité adaptée. En avril 2005, il a confirmé une capacité de travail de 50% dans un poste adapté, dont il a cependant admis qu'il serait difficile à trouver. En juin 2006, le taux d'activité exigible de 50% a été confirmé par les Drs T _____ et U _____, pour des raisons purement psychiques, cependant. En avril 2007, le Dr W _____ a admis à son tour qu'une activité s'exerçant essentiellement en position assise était envisageable à 50%, qu'il a soumise à la condition d'une réadaptation médicale bien conduite. En définitive, il apparaît que, sur le plan physique, l'état de l'assurée ne s'est réellement amélioré qu'en décembre 2008, date à compter de laquelle elle a pu bénéficier d'une orthèse qui l'a grandement soulagée. Force est cependant de constater qu'avant même que cette solution ne lui soit proposée, les médecins, dans leur grande majorité, avaient conclu à une capacité théorique de travail de 50% dans une activité adaptée, dont ils ont toutefois convenu qu'elle

serait difficile à trouver au vu des limitations énoncées. Le Tribunal de céans considère donc que c'est fort généreusement que l'intimé n'a retenu un degré de capacité de travail de 50% qu'à compter de juin 2004, soit trois mois après les premières constatations relatives aux limitations de l'assurée, dans la mesure où aucun élément au dossier ne permettait de conclure à une totale incapacité de travail - même dans un poste adapté - de novembre 2002 à juin 2004. Cependant, le Tribunal de céans renoncera exceptionnellement à procéder à une reformation in pejus sur ce point eu égard au temps écoulé depuis lors. S'agissant de la période postérieure à juin 2004, la capacité à exercer une activité adaptée à 50 % doit être confirmée. A cet égard, on relèvera qu'aucune diminution

A/3320/2009 - 22/25 - supplémentaire de la capacité de travail n'était justifiée sur le plan psychique. Ainsi, en février 2006, le Dr S_____ a conclu à un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive en rémission, et a écarté l'hypothèse qu'il puisse avoir des répercussions sur la capacité de travail de l'assurée, relevant au passage que cette dernière disposait des ressources psychiques nécessaires à une amélioration de son état de santé. Certes, en juin 2006, le Dr U_____ a conclu à un trouble dépressif récurrent en rémission incomplète, limitant la capacité de travail à cinq heures par jour au vu des faibles ressources psychiques de l'assurée. Cependant, en mars 2008, le Dr B_____ a rejoint les conclusions du Dr S_____, à savoir que les troubles psychiques constatés - un trouble dépressif « majeur » récurrent, épisode alors qualifié de moyen - n'avaient pas de répercussions sur la capacité de travail. On relèvera ici que l'épithète « majeur » provient de la traduction française du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) publié par l'American Psychiatric Association et que, contrairement à ce que l'on pourrait croire, il ne fournit aucune indication sur la sévérité du trouble : le « trouble dépressif majeur récurrent » du DSM-IV correspond au « trouble dépressif récurrent » de la CIM-10. Contrairement à ce que fait valoir la recourante, il n'y a donc pas contradiction a priori entre l'existence d'un trouble dépressif « majeur » et l'absence de répercussions de ce trouble sur la capacité de travail. Au vu de ce qui précède, il apparaît que, sur le plan somatique, les diagnostics posés par les médecins consultés ne divergent pas sensiblement. Tous ont en substance retenu l'existence d'une gonarthrose gauche débutante et de troubles cervico-dorsolombaires dont l'origine se trouvait en partie dans l'inégalité de longueur des membres inférieurs de la recourante et en partie dans la posture adoptée par cette dernière. La majorité des experts ont également conclu à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée, même si plusieurs ont souligné la difficulté d'en trouver une qui corresponde aux limitations retenues et si le Dr W_____ a insisté sur la nécessité d'une "réadaptation économique", notion ne relevant au demeurant pas du domaine médical. On relèvera à cet égard qu'en préconisant une réadaptation correctement menée et l'apprentissage d'une nouvelle profession, le médecin se livre là à une appréciation fortement teintée par les revendications de la recourante. On ignore toujours sur quels éléments médicaux objectifs ce praticien s'est fondé pour déterminer le taux retenu. S'agissant de l'opinion selon laquelle une réadaptation, médicale ou professionnelle serait le préalable absolument nécessaire à la reprise d'une activité professionnelle par la recourante, force est de constater que les démarches proposées et réalisées par l'administration dans ce sens se sont heurtées à un refus catégorique de la part de l'intéressée. Quant à la réadaptation par soi-même qui, au vu des principes rappelés plus haut, est un aspect de l'obligation de diminuer le dommage qui prime aussi bien le droit à une rente que celui à des mesures de réadaptation, il n'en a même jamais été question.

A/3320/2009 - 23/25 - Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé a conclu à une capacité de travail résiduelle de 50% dans une activité adaptée.

E. 13

Il convient à présent de se prononcer sur le calcul du taux d'invalidité effectué par l'OAI. En l'espèce, la recourante a travaillé de nombreuses années en tant que vendeuse dans le prêt-à-porter et il a été établi qu'en 2004, elle aurait réalisé un revenu de 62'000 fr. C'est donc à juste titre que l'intimé a retenu ce montant à titre de revenu avant invalidité. Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, l'assurée pourrait exercer à mi-temps une activité adaptée, c'est-à-dire s'exerçant essentiellement en position assise, n'impliquant ni port de charges ni position accroupie, permettant de changer régulièrement de position à 50%. L'intéressée est titulaire d'une maturité. Si elle ne dispose effectivement d'aucune expérience en dehors du domaine de la vente, on peut convenir, au regard du large éventail d'activités simples et répétitives offertes par les secteurs de la production et des services, qu'un marché du travail équilibré offre un nombre significatif de postes de travail légers correspondant à cette description. Selon les données de l'ESS 2004, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à 3'893 fr. par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures par semaine, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,6 heures; pour 2004 : La Vie économique, 7-8/2010 p. 90, table B 9.2). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,6 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2004, de 48'585 fr., soit, pour un taux d'occupation de 50% : 24'292 fr. 50. Enfin, si l'on applique encore, pour tenir compte de l'ensemble des circonstances du cas d'espèce, une réduction supplémentaire de 10 %, le revenu d'invalidité peut être arrêté à 21'863 fr., ce qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 64.74 %, conforme à celui obtenu par l'intimé. En conséquence, le calcul du taux d'invalidité doit être confirmé.

E. 14

En ce qui concerne la conclusion tendant à l'octroi de mesures d'ordre professionnel, le Tribunal de céans relèvera que cette question n'a jamais fait l'objet d'une décision de la part de l'intimé, raison pour laquelle la cause sera renvoyée à ce dernier, à charge pour lui de se déterminer formellement sur ce point par le biais d'une décision après avoir refait le point de la situation après modification de la position de

A/3320/2009 - 24/25 - l'intimé (qui reconnaît désormais une capacité de travail réduite à 50% en lieu et place de 80% précédemment) et évaluation de la motivation de l'assurée.

E. 15

L'art. 69 al. 1bis LAI prévoit qu'une dérogation à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances sociales est soumise à des frais de justice. Le montant des frais est fixé en fonction de la charge liée à la procédure, indépendamment de la valeur litigieuse, et doit se situer entre 200 et 1'000 fr. L'émolument, arrêté en l'espèce, à 1'000 fr., sera mis à la charge de la recourante, qui succombe.

A/3320/2009 - 25/25 -

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