

GE_GERICHTE ATAS/405/2008 vom 8. April 2008

GE Cour de justice, 2008-04-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_405_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/405/2008 du 8 avril 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/405/2008 del 8 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'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi 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 des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). La présente cause est ainsi soumise à la LPGA, la procédure de révision ayant été initiée en 2004. 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).

E. 3

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 60 LPGA).

E. 4

a) Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision. b) 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). 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

A/3764/2007 - 8/16 - de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. En outre, dans un arrêt récent (ATF 132 V 65), le Tribunal fédéral des assurances (ci-après 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). Au nombre des critères dégagés par la jurisprudence permettant de juger du caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux, figure au premier plan la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, 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), de l'échec de

A/3764/2007 - 9/16 - traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitements), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté. En outre, il est admis que la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux chez de jeunes assurés doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. notamment ATFA non publié du 28 juin 2005, I 524/04 et ATFA non publié du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable,

on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la 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, les 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 (voir sur l'ensemble du sujet ATF 131 V 49 et les références citées). Par ailleurs, s'agissant des troubles dépressifs, il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale (cf. notamment DILLING/MOMBOUR/SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V [F], 4ème édition, p. 191) sur laquelle s'appuie le TFA, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATF 130 V 356 consid. 3.3.1 in fine et les références citées). c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1er janvier 2004 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. Les principes développés jusqu'alors 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; ATF non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). d) Selon l'art. 17 LPGA, 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

A/3764/2007 - 10/16 - savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 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 (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement 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 régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). e) Aux termes de l'art. 88 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI), si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, toute ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a

duré trois mois déjà sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre. L'art. 88bis al. 2 let. a RAI stipule que la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotence prend effet au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

f) 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 LPGa), 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. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a ainsi posé des lignes

A/3764/2007 - 11/16 - directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3). En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, a fortiori judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice ou de l'administration afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contienne des contradictions, ou qu'une 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). Selon la jurisprudence, le fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par des relations de service ne permet pas pour ce seul motif de conclure à un manque d'objectivité ou d'impartialité de sa part. Il faut qu'il existe des circonstances particulières qui justifient objectivement la méfiance de l'assuré pour ce qui est de l'impartialité de l'appréciation. Le TFA a ainsi jugé que l'indépendance et l'impartialité des médecins du COMAI étaient garanties déjà avant l'entrée en vigueur de leur nouveau statut du 1er juin 1994 (ATF 123 V 175 ; cf. également RAMA 1999 n° U 332 p. 193).

E. 5

En l'occurrence, la recourante a déposé une demande de prestations d'invalidité en janvier 2001, en raison d'une fibromyalgie généralisée intervenue suite à son accident de la circulation. Le Dr C_____ avait à l'époque estimé que sa patiente souffrait d'une sévère fibromyalgie ainsi que d'un état dépressif. Il a précisé, bien qu'il la considérât comme totalement incapable de travailler, qu'elle pouvait tenir la position assise deux à trois heures par jour, utiliser ses deux bras pendant une à deux heures et porter des charges de un à deux kilos. En raison du diagnostic de dépression posée, l'assurée a alors été soumise à une

expertise psychiatrique, aux termes de laquelle l'experte a conclu à une totale incapacité de travail en raison de troubles psychiques (trouble somatisation et épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique). Suite à cette expertise, la Dresse E_____ du SMR a retenu que la recourante présentait une incapacité totale de travail depuis le 26 novembre 1998 en raison de troubles psychiatriques. Sur cette base, l'OCAI a, en février 2003, octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité avec effet au 1er janvier 2000.

Il convient ainsi de constater qu'à l'époque de la décision initiale de l'intimé, la rente entière d'invalidité avait été accordée uniquement en raison de motifs psychiatriques et non par rapport à l'atteinte fibromyalgique ou au trouble

A/3764/2007 - 12/16 - somatoforme douloureux, qui, selon le médecin traitant, permettait à l'assurée de travailler dans une activité adaptée. Lors de la procédure de révision de la rente, la recourante a été soumise à un examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique. À cette occasion, les deux experts ont diagnostiqué des cervico-brachialgies gauches chroniques persistantes sur hernie discale C5-C6 gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des lombalgies communes dans le cadre de troubles statiques (anomalie transitionnelle lombo-sacrée) et un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un hémisyndrome douloureux gauche persistant sans substrat anatomique adéquat. Les experts n'ont ainsi pas retenu de diagnostic psychiatrique, l'état psychique de l'expertisée s'étant amélioré depuis la première expertise psychiatrique datant de septembre 2002. Ils ont par ailleurs constaté une disproportion importante entre les plaintes et les constatations objectives, qui n'était pas justifiée par un substrat organique. Cependant, les experts ont relevé que les troubles somatiques, à savoir une hernie discale cervicale, une cervico-brachialgie gauche, une capsulite rétractile de l'épaule gauche et de discrets troubles dégénératifs au niveau lombaire avaient une influence sur la capacité de travail de l'assurée. En effet, celle-ci ne pouvait effectuer qu'une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles et à 50%, en raison de la réalité des troubles somatiques. Quant au syndrome douloureux gauche persistant sans substrat anatomique adéquat, il n'avait pas d'incidence sur la capacité de travail et révélait une amplification des plaintes qui étaient disproportionnées par rapport aux atteintes à la santé objective. Il convient tout d'abord de relever que cet examen a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence fédérale. Il est en effet détaillé, comporte une anamnèse, analyse les plaintes de la recourante, comporte des diagnostics précis et des conclusions claires et motivées qui convainquent le Tribunal. Ainsi, il y a lieu de constater que l'état psychique qui avait fondé l'octroi de la rente entière d'invalidité s'est amélioré, puisqu'à l'heure actuelle, la recourante ne présente plus de troubles psychiques. En effet, les motifs psychiatriques pour lesquels la rente entière avait été accordée ne sont plus présents. À ce titre, la décision initiale d'octroi de rente pouvait être révisée. En revanche, force est de constater que les atteintes somatiques se sont aggravées depuis l'octroi initial de la rente, mais celles-ci laissent toutefois à la recourante une capacité résiduelle de travail à 50% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles qui sont les suivantes : s'agissant de la cervico-brachialgie gauche et de la capsulite rétractile de l'épaule gauche : pas de travail sollicitant le membre supérieur gauche en force au niveau de la ceinture scapulaire ni de travail imposant des manipulations fines avec la main gauche compte tenu des troubles sensitifs, pas de travail imposant le maintien prolongé de la tête dans une position immobile quelconque; s'agissant du rachis lombaire : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la

A/3764/2007 - 13/16 - position debout, pas de soulèvement ni de port de charges, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Par ailleurs, la recourante a produit, après expertise, plusieurs attestations de ses médecins traitants. La Dresse L_____ ne diagnostique quant à elle ni fibromyalgie ni trouble somatoforme persistant. Cependant, elle n'explique pas l'ampleur des plaintes par rapport au substrat organique. Selon le Dr F_____, l'incapacité de travail est complète en raison du syndrome cervico-brachial gauche sur atteinte radiculaire. Cet avis n'est cependant nullement motivé et ne saurait remettre en cause les conclusions des experts. Quant au Dr J_____, il considère implicitement que sa patiente présente une capacité résiduelle de travail, puisqu'il pose ses limitations fonctionnelles, à savoir interdiction du travail de force et de l'utilisation du bras gauche. Ainsi, il convient de constater que les conclusions de l'expertise convainquent et ne sont pas remises en cause par les avis peu motivés des médecins traitants. Partant, le Tribunal de céans retiendra que la recourante présente actuellement une capacité résiduelle de travail de 50% dans une activité adaptée. Comme il a été dit ci-dessus, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré du point de vue de la capacité de travail depuis l'octroi de la rente entière d'invalidité, puisqu'elle présente actuellement une capacité de 50%, alors qu'à l'époque, en raison de ses troubles psychiques, sa capacité de travail était nulle. Cependant, pour déterminer le degré d'invalidité actuel et son influence sur le droit à la rente, il convient de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité.

E. 6

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).

A/3764/2007 - 14/16 - 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. 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 (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).

E. 7

L'année déterminante pour la comparaison des revenus est l'année 2007. Cependant, les derniers chiffres disponibles résultant des Enquêtes sur la structure des salaires datent de 2006. C'est donc cette année qui sera l'année de référence pour la comparaison des revenus.

Dans un questionnaire du 30 octobre 2001, l'employeur de l'assurée, ISS Holding SA, indique que celle-ci gagnait en 1999 3'700 fr. x 12, soit 44'400 fr. par an. Ce montant doit être réévalué à l'année 2006 par le biais des indices des salaires nominaux et réels pour les femmes (la Vie économique, 3-2008, tableau B10.3, page 99), ce qui le porte à 49'775 fr.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est également celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé en 2006, à savoir soit à 4'019 fr. par mois ou 48'228 fr. par an. Au regard du large éventail d'activités simples et répétitives que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux atteintes somatiques de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2006 (41,7), ce montant doit être porté à 50'277 fr. 70. Comme la recourante ne peut travailler qu'à 50%, ce chiffre doit être divisé par deux, ce qui porte le revenu d'invalidé à 25'138 fr. 85. Enfin, compte tenu d'une réduction de 10% en raison des limitations fonctionnelles, du taux d'occupation, du

A/3764/2007 - 15/16 - permis de travail et de la nationalité, le revenu d'invalidé - taux retenu par l'OCAI et qui n'est pas critiquable - s'élève à 22'625 fr.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 54,54%, qui ouvre droit depuis le 1er janvier 2004 à une demi-rente ([49'775 fr. - 22'625 fr.] x 100 : 49'775 fr. = 54,54). Aussi convient-il de constater que la recourante a droit à une demi-rente d'invalidité à partir du 1er novembre 2007, en vertu de l'art. 88bis al. 2 let. a RAI et compte tenu du fait que la décision a été notifiée en septembre 2007.

E. 8

Partant, il y a lieu de constater que le recours sera très partiellement admis (octroi de la demi-rente d'invalidité depuis le 1er novembre 2007 et non depuis le 1er octobre 2007).

E. 9

La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1er juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à

la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

A/3764/2007 - 16/16 -

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