

GE_GERICHTE ATAS/81/2008 vom 24. Januar 2008

GE Cour de justice, 2008-01-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_81_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/81/2008 du 24 janvier 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/81/2008 del 24 gennaio 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

Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.

E. 3

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le droit litigieux doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure au 1er janvier 2003, respectivement au 1er janvier 2004, étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état

A/1505/2007 - 12/21 - de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse du 15 mars 2007 (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).

E. 4

Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 5

En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante peut prétendre une rente entière de l'assurance-invalidité pour la période courant du 1er août 1994 au 30 septembre 1998. Le

litige porte sur le seul point de savoir si l'invalidité de la recourante s'est ensuite modifiée de telle manière que le droit à la rente puisse être supprimé à compter du 1er octobre 1998.

E. 6

Selon la jurisprudence, le bien-fondé d'une décision d'octroi, à titre rétroactif, d'une rente limitée dans le temps doit être examiné à la lumière des conditions de révision du droit à la rente (ATF 125 V 413 consid. 2d et les références). D'après l'art. 41 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) et l'art. 17 LPGA (applicable à compter du 1er janvier 2003), 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. 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 343 consid. 3.5 et les références).

E. 7

Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux sont raisonnablement exigibles de la part de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1). 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 (pour la procédure administrative : art. 40 PCF en corrélation avec les art. 19 PA et 55 al. 1 LPGA; pour la procédure devant le tribunal cantonal des assurances : art. 61 let. c

A/1505/2007 - 13/21 - LPGA), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être liés par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si ceux-ci permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a). 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 125 V 351 consid. 3b/bb). Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise (judiciaire) 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). Sans remettre en cause le principe de la libre

appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a encore précisé qu'en ce qui concerne les rapports médicaux établis par les médecins traitants de l'assuré, il y a lieu de 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 (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2; ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées ; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

A/1505/2007 - 14/21 - Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. ch. 2 et les références).

E. 8

a) L'octroi limité par l'OCAI d'une rente entière d'invalidité du 1er août 1994 au 30 septembre 1998 est fondé sur les conclusions de l'expertise des docteurs K____R, AA_____ et AB_____ de la CRR. b) La recourante estime que c'est à tort que les conclusions de ces médecins ont été retenues, dès lors qu'ils ont fait fi des importantes limitations fonctionnelles dues à ses douleurs, qu'ils ont omis de se prononcer sur son atteinte lombaire (hernie notamment), qu'ils n'ont pas véritablement tenu compte des diagnostics posés pour établir la capacité de travail résiduelle, qu'ils n'ont pas décrit l'activité adaptée dans laquelle elle pourrait encore travailler et que ses propres médecins (les docteurs F_____ et H_____ en particulier), ainsi que le docteur J_____, du SMR, reconnaissent clairement que le droit à la rente ne saurait être supprimé le 30 septembre 1998. c) C'est en vain que la recourante critique la qualité de l'expertise réalisée par la CRR. En effet, celle-ci répond aux critères définis par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à une expertise médicale. Les experts ont procédé à une étude circonstanciée de la situation médicale de la recourante, fondée sur l'anamnèse recueillie et leurs propres observations cliniques. Les diagnostics ont fait l'objet d'une discussion claire et les conclusions auxquelles ils ont abouti au terme d'un consilium général ont été motivées de manière convaincante. On ne peut en revanche en dire autant des avis des docteurs

F_____ et H_____ qui, outre le fait qu'ils émanent des médecins traitants de l'intéressée, sont pour le moins succincts. Au demeurant, le docteur F_____ admet, dans son ultime avis du 23 juin 2006, être en accord avec le contenu de l'expertise; seule son appréciation de la capacité de travail, fondée sur des considérations étrangères à l'assurance-invalidité (éléments extra-médicaux), diverge finalement de l'opinion des experts. Quant au docteur H_____, son appréciation repose pour l'essentiel sur les plaintes subjectives exprimées par sa patiente (tant auprès de lui que lors de l'expertise). Or, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs (en l'absence d'observation médicale concluante), les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité entière ou partielle

A/1505/2007 - 15/21 - (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2; arrêt I 382/00 du 9 octobre 2001 consid. 2b). A ce propos particulier, les experts de la CRR ont clairement déterminé la distinction à faire entre les douleurs à prendre en considération en relation avec les affections avérées et retenues dans leurs diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail et celles relevant du trouble somatoforme douloureux. Tel n'était pas le cas de l'expertise du docteur G_____, dont les considérations mêlaient douleurs "usuelles" dans le cadre des suites de multiples interventions chirurgicales et douleurs dépassant les proportions admissibles selon l'expert. Dans cette mesure, il n'est point possible de se fonder sur son avis pour déterminer avec fiabilité la capacité de travail résiduelle de l'intéressée dans le respect des principes exposés dans l'ATF 130 V 352 susmentionné. Ce d'autant plus que ce médecin, s'il a posé le même diagnostic psychiatrique que les experts de la CRR, à savoir un trouble somatoforme douloureux, l'a fait sans s'allier les services d'un confrère spécialisé en psychiatrie et de manière assez confuse, puisqu'il développe principalement des considérations liées à une amplification des plaintes. Enfin, il n'a pas tenu compte, dans son évaluation finale, des problèmes liés à la colonne cervicale et aux céphalées en raison de leur absence de lien de causalité avec l'accident de 1987. Il en va en substance de même pour l'expertise du docteur D_____, lequel a négligé de prendre en considération, dans ses conclusions relatives à la capacité de travail, les problématiques liées à la colonne cervicale et aux maux de tête de façon peu compréhensible, au terme d'une discussion comportant des erreurs sur les faits pertinents et se trouvant en contradiction avec ses conclusions. Dans ces circonstances, c'est avec raison que le docteur J_____ a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, les documents figurant au dossier à l'époque ne se révélant pas suffisamment probants pour appuyer les conclusions de la décision de suppression de rente. C'est d'ailleurs dans ce seul sens que peut être compris l'avis du médecin du SMR, contrairement à ce qu'invoque la recourante. En particulier, ledit avis, fort complet et intéressant dans la mesure où il synthétise un dossier médical pour le moins volumineux, ne comporte pas de conclusions définitives sur la capacité de travail de l'intéressée, pas plus qu'il ne saurait remettre en cause les conclusions probantes de l'expertise de la CRR rendues, quant à elles, après un examen clinique complet. En définitive, le seul rapport médical pouvant se voir reconnaître une pleine valeur probante est celui rédigé par les experts de la CRR. Nombre des constatations de ces derniers sont d'ailleurs corroborées par celles de la quasi-totalité des autres praticiens ayant eu à se prononcer sur le cas de la recourante. On pense notamment à la gravité alléguée du trouble somatoforme douloureux (intensité des douleurs notamment), qui ne transparait guère des éléments objectifs recensés dans l'expertise et les autres rapports médicaux.

A/1505/2007 - 16/21 - Les experts n'ont pas mis en évidence d'affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, serait propre, par son importance et sa durée, à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail (comorbidité psychiatrique). L'avis du docteur I_____ sur ce point ne saurait modifier le point de vue du Tribunal de céans. Ce médecin fait en effet référence à des troubles - non documentés - ayant perduré tout au long de l'année 2004 au moins, alors qu'il n'a suivi la recourante qu'entre septembre et décembre 2004. La persistance des symptômes dépressifs au-delà de cette date n'est enfin pas rapportée au degré de vraisemblance requis en assurances sociales, vu notamment l'absence de données à ce propos, ainsi que l'interruption du suivi thérapeutique par la recourante en décembre 2004 et du traitement médicamenteux - qui semble en outre ne jamais avoir été pris régulièrement. On ne trouve par ailleurs guère d'indices laissant à penser que la recourante ne disposerait plus des ressources nécessaires pour vaincre les douleurs qui sont les siennes et réintégrer le monde du travail. Bien que le processus maladif dure depuis de nombreuses années, elle a su préserver, sur le plan social, une vie familiale qu'elle qualifie de merveilleuse et de nombreux contacts avec l'entourage (parents, beaux-parents, amies). L'expertise ne laisse enfin pas transparaître de conflit intrapsychique majeur ou de situation conflictuelle externe qui constituerait la cause essentielle du trouble somatoforme douloureux et le trouble dépressif attesté entre septembre et décembre 2004 s'est amendé, avérant la possibilité d'évolution au plan thérapeutique. Par contre, il est indéniablement mis en exergue, à de nombreuses reprises, une discordance manifeste entre les plaintes et les constatations cliniques relativement maigres (les experts mettent même en évidence une récupération fonctionnelle tout à fait satisfaisante après les multiples interventions chirurgicales au niveau du membre supérieur droit); les experts ne se sont manifestement pas montrés particulièrement sensibles aux plaintes de la recourante (sur l'ensemble de cette question, voir les ATF 132 V 65, 131 V 49 et 130 V 352, ainsi que les références citées). Enfin, on rappellera que chez une assurée encore jeune (39 ans au moment de la décision litigieuse), la reconnaissance du caractère invalidant de troubles somatoformes douloureux doit rester exceptionnelle en l'absence de comorbidité psychiatrique (cf. ATFA du 31 janvier 2006, I 488/04 et les références). Il suit de ce qui précède que c'est à raison que les experts de la CRR ont conclu à l'absence d'influence du trouble somatoforme douloureux sur la capacité de travail de la recourante.

d) Pour le surplus, singulièrement en ce qui concerne les affections somatiques, les experts ont décrit de façon détaillée les limitations fonctionnelles qui en découlent en se fondant sur leurs constatations cliniques. Ils ont, quoiqu'en dise la recourante,

A/1505/2007 - 17/21 - pris en considération l'intégralité des problèmes qu'elle leur a évoqués (y compris l'atteinte lombaire et la prétendue hernie discale qui n'est finalement pas démontrée par les examens radiologiques effectués), ainsi que l'ensemble des documents au dossier. Leurs conclusions relatives à la capacité de travail reposent sur l'ensemble des diagnostics retenus, tout en faisant la part des choses entre limitations dues aux dites affections et douleurs relevant du trouble somatoforme douloureux qui, comme cela a été démontré ci-dessus, ne doit pas interférer dans l'appréciation de la capacité de travail. La description de l'activité adaptée raisonnablement exigible de l'intéressée est claire et permet de se faire une idée sur le type de postes de travail qui demeurent à sa portée. Les conclusions des experts permettent donc de considérer que la recourante est en mesure de mettre à profit une capacité de travail pleine sur le marché du travail, dans une activité adaptée, telle que décrite par ces derniers.

E. 9

a) Il convient à présent de déterminer si c'est à raison que l'OCAI a fixé à juin 1998 la date à partir de laquelle la recourante a été à nouveau en mesure de travailler. b) L'octroi de la rente entière s'est fondé sur l'incapacité totale de travail de la recourante en raison des différentes opérations subies, des affections et limitations à leur origine, ainsi que sur des problèmes cervicaux sur insuffisance ligamentaire. c) Or, en juin 1998, le docteur B_____ faisait état de plaintes se résumant à un manque de force de la main droite associé à un engourdissement épisodique des 4ème et 5ème doigts, non gênant (appréciation confirmée en décembre 1999 avec la mention d'une absence d'incapacité de travail dans la profession de secrétaire). Il notait en outre une mobilité de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude limitée de façon discrète seulement. Certes, le docteur C_____ avait relaté, en 1997, des problèmes au niveau de la colonne cervicale. Il a toutefois exposé, en mars 2000, que la suspicion d'instabilité à ce niveau n'avait pas pu être certifiée et que la diffusion progressive des douleurs durant les deux dernières années faisait évoquer la possibilité d'une fibromyalgie. Il ressort de ces éléments qu'en juin 1998 au plus tard, la recourante avait recouvré une capacité de travail entière en relation avec ses problèmes aux membres supérieurs. Quant à la problématique cervicale, il a été démontré qu'elle n'avait pas de véritable substrat anatomique (en tous les cas pas suffisant pour expliquer l'importance de la symptomatologie) et que les douleurs s'apparentaient à une fibromyalgie (affection assimilée par la jurisprudence à un trouble somatoforme douloureux eu égard aux similitudes entre ces deux diagnostics; cf. ATF 132 V 70 consid. 4.1) depuis la première partie de l'année 1998 environ.

A/1505/2007 - 18/21 - A l'instar de ce qu'a retenu l'administration, il convient donc de considérer qu'à partir de juin 1998, la recourante a présenté un état de santé amélioré du point de vue clinique et fonctionnel permettant la reprise d'une activité lucrative telle que décrite par les experts, la persévérance d'une symptomatologie douloureuse au-delà de cette date devant être mise en rapport avec le trouble douloureux somatoforme dont les caractéristiques ne permettent pas de le qualifier d'invalidant.

E. 10

a) Reste à déterminer le taux d'invalidité présenté par la recourante à compter de l'amélioration de son état de santé, tel que considéré au sens de l'assurance- invalidité. b) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est égal ou supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. En revanche, 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; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4). Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en

chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002: art. 28 al. 2 LAI; du 1er janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité 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

A/1505/2007 - 19/21 - 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). 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. c) En l'espèce, il est constant que la recourante n'a plus repris d'activité depuis le 29 novembre 1991. Elle était à l'époque employée de bureau au service de l'entreprise X_____ SA, qui l'a licenciée avec effet au 15 décembre 1992. Cette entreprise n'ayant pas fourni de renseignements précis sur les conditions salariales auxquelles était soumise l'intéressée et aucun document au dossier ne permettant de fixer de façon précise son salaire dans la dernière activité exercée, il convient de se reporter aux données statistiques pour déterminer le revenu sans invalidité. La recourante conteste la détermination du revenu sans invalidité effectuée par l'OCAI, au motif que celui-ci a occulté le fait qu'elle est secrétaire qualifiée; il convient dès lors, selon l'intéressée, de fixer son revenu sans invalidité à 56'263 fr. 30 (chiffre obtenu sur la base du salaire moyen pour l'ensemble des activités dans le domaine de la production et des services, pour une femme ayant des connaissances professionnelles spécialisées [TA1, total, niveau 3]). C'est pourtant le chiffre déterminé par l'OCAI qu'il y a lieu de retenir en l'espèce. En effet, la recourante n'est pas au bénéfice d'un certificat de capacité ou autre diplôme équivalent; les cours de secrétariat, d'une durée de trois mois, suivis en 1989/1990 ne sauraient constituer l'équivalent d'un certificat de capacité, obtenu au terme de trois années d'apprentissage, ni fonder la reconnaissance de connaissances professionnelles spécialisées. Eu égard à la très courte expérience professionnelle acquise dans le domaine d'activité considéré, il n'est pas possible de s'écarter de cette conclusion. Dès lors, c'est bien le salaire moyen afférant au domaine des services pour des activités de niveau 4 (activités simples et répétitives) exercées par une femme qui doit être pris en compte, soit 3'506 fr. (cf. TA1 ESS

1998). Après adaptation à l'horaire usuel de travail dans les entreprises en 1998 et annualisation, on obtient un revenu hypothétique sans invalidité déterminant de 44'070 fr.

A/1505/2007 - 20/21 - d) La recourante bénéficie d'une entière capacité de travail dans une activité adaptée, à savoir une activité en position alternée assis-debout, sans port de charges et sans activités lourdes et répétitives du membre supérieur droit (tel par exemple un travail de type administratif; cf. rapport d'expertise de la CRR du 16 janvier 2006). Au regard du large éventail d'activités non qualifiées que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. On ajoutera que l'assurance-invalidité, à la différence de l'assurance-chômage, ne tient pas compte des particularités du monde du travail actuel, comme le réclame à tort l'intéressée. En effet, en matière d'assurance-invalidité, l'administration (ou le juge) applique la notion de marché équilibré du travail, notion théorique et abstraite, servant de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance-chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité, de l'assurance-accidents ou de l'assurance militaire. Ladite notion implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés (cf. ATF 110 V 276 consid. 3b; RCC p. 332 consid. 3b), ce qui est manifestement le cas en l'espèce au vu des limitations fonctionnelles de la recourante, somme toute assez banales. Partant, il est raisonnable de retenir une capacité de travail pleine et entière dans le domaine susmentionné. Il s'ensuit un revenu annualisé de 44'058 fr. après adaptation à l'horaire de travail (41,9 heures) dans les entreprises en 1998 (ESS TA1, total, niveau 4 pour une femme). Une déduction supplémentaire au sens de la jurisprudence susmentionnée (ATF 126 V 78 consid. 5) de 10 % peut être retenue. Il s'agit-là, au vu notamment du jeune âge de l'intéressée, du fait qu'elle est en Suisse depuis de très nombreuses années, qu'elle y a travaillé et qu'elle maîtrise la langue française, de la réduction maximale qui saurait lui être accordée. En conséquence, le revenu déterminant avec invalidité en 1998 est de 39'652 fr. e) Le taux d'invalidité de la recourante est donc de 10 % ($[44070 - 39652] * 100 / 44070$), ce qui est bien en-deçà du seuil de 40 % requis autorisant la poursuite du versement d'une rente. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a limité l'octroi de la rente au 30 septembre 1998, soit trois mois après la modification des circonstances (art. 88a al. 1 RAI).

E. 11

Dans la mesure où l'OCAI a d'ores et déjà ouvert une procédure en révision concernant les suites de l'accident survenu en 2006, il n'y a pas lieu de se prononcer plus avant sur ce sujet.

E. 12

La recourante, qui succombe, supportera un émolument de justice fixé en l'espèce à 200 fr.

A/1505/2007 - 21/21 -