

GE_GERICHTE ATAS/889/2010 vom 31. August 2010

GE Cour de justice, 2010-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_889_2010

FR: GE_GERICHTE ATAS/889/2010 du 31 août 2010

IT: GE_GERICHTE ATAS/889/2010 del 31 agosto 2010

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), 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 ; RS 830.1) qui sont relatives à la Loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 229 consid. 1.1 et les références). Les règles de procédure s'appliquent quant à elles sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b). En l'espèce, la décision litigieuse date du 9 janvier 2009, de sorte que la LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et les modifications de la LAI relatives à la 4ème révision entrées en vigueur le 1er janvier 2004 sont applicables. Les modifications de la LAI relatives à la 5ème révision sont entrées en vigueur le 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité postérieurement au 1er janvier 2004 et en particulier dès le 1er janvier 2006 doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

E. 3

Déposé dans les formes et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).

E. 4

La question qui se pose est de savoir quel est le degré d'invalidité que présente la recourante en raison des atteintes à la santé dont elle souffre.

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 l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2 et ATF 125 V 413 consid. 2d ; ATF non publiés des 28 décembre 2006, I 520/05, et 21 août 2006, I 554/06). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les

A/389/2009 - 20/31 - 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 (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1).

E. 6

Aux termes de l'art. 8 al. 1er LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 4 al. 1er LAI, l'invalidité peut résulter d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. 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 ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 al. 1er LPGA).

E. 7

a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un 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, à ce motif, 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 et les références). b/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 qu'enfin, 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 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c et les références ; ATF non publié du 23 juin 2008, 9C_773/2007, consid. 2.1).

A/389/2009 - 21/31 - b/bb) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le

médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). b/cc) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; arrêt (du Tribunal fédéral) I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (cf. not. arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009) b/dd) Le Tribunal fédéral a cependant eu l'occasion d'expliquer que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante, puis à s'en approprier les conclusions. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet en fin de compte de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si le Tribunal fédéral tient compte de la différence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (cf. arrêts du Tribunal fédéral non publiés 9C_701/2007 du 20 juin 2008, consid. 3.3 et 9C_897/2007 du 8 juillet 2008 et les références), il n'a jamais établi, sur la base des critères énoncés précédemment, une hiérarchie entre les divers types d'expertises médicales (cf. arrêt du Tribunal fédéral non publié du 15 septembre 2008, 9C_885/2007, consid. 3.2). Enfin, le juge des assurances sociales 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

A/389/2009 - 22/31 - 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. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

E. 8

En l'occurrence, sur le plan psychique, il n'est pas contesté que la capacité de travail de la recourante était de 50% d'août 2002 au 31 décembre 2005. Sur le plan somatique, la recourante ne conteste pas non plus que l'incapacité de travail était totale du 1er décembre 1999 au 30 septembre 2001 et qu'à partir d'octobre 2001, sa capacité de travail a été proche de 100% avec une baisse de rendement de 20%. Est cependant litigieuse la question de

savoir si cette capacité a perduré, comme l'a retenu l'intimé en se basant sur le rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 19 décembre 2006, ou si elle s'est péjorée, comme le fait valoir la recourante. Selon le rapport d'examen bidisciplinaire du 19 décembre 2006, établi par le Dr T _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie et le Dr U _____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie, la recourante souffre d'une instabilité grave post-traumatique du genou gauche, une arthrose post-traumatique du genou gauche, une arthrose tibio-astragalienne et scapho-astragalienne à gauche d'origine post-traumatique ainsi qu'une arthrose post-traumatique du gros orteil à gauche. Les examinateurs ont estimé qu'en raison de ces atteintes, la recourante peut exercer une activité sédentaire ou semi-sédentaire, en évitant de porter des charges, de monter et descendre les escaliers à répétition et de marcher en terrain irrégulier. Les courts déplacements à plat avec une attelle stabilisatrice du genou sont possibles. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, les examinateurs ont retenu une capacité de travail totale avec une diminution de rendement de 20% depuis octobre 2001, dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée. A la lecture de ce rapport, le Tribunal de céans est d'avis que les conclusions auxquelles sont parvenus les examinateurs ne convainquent pas, et ce pour plusieurs motifs. On ne saurait d'abord considérer que les aspects physiques de la recourante aient fait l'objet d'une étude fouillée ou que le rapport se fonde sur des examens complets. Force est en effet de constater que l'examen clinique somatique est peu détaillé et que l'appréciation du cas - s'agissant des quatre atteintes physiques diagnostiquées - est d'une brièveté singulière (6 lignes), alors que celle relevant des troubles psychiques - pour lesquels aucun diagnostic n'a été posé - est longue d'une page. On relèvera en outre que si les examinateurs discutent des rapports établis par le psychiatre traitant, aucune référence n'est faite aux nombreux rapports établis par

A/389/2009 - 23/31 - les autres médecins qui ont pourtant examiné la recourante pour ses atteintes physiques. De surcroît, leurs noms ne figurent pas dans le rapport d'examen, à l'exception de celui du Dr O _____, cité à la dernière page. Pour ces motifs, le rapport des examinateurs du SMR ne revêt indubitablement pas la valeur probante requise par la jurisprudence, de sorte que l'on ne saurait se fonder sur leur appréciation. Au dossier se trouvent par ailleurs deux rapports d'expertise établis par le Dr O _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, datés des 9 octobre 2002 et 6 juin 2005. Le Dr O _____ a diagnostiqué, en 2002 et en 2005, une instabilité grave du genou gauche, une arthrose tibio-tarsienne gauche débutante, une arthrodèse spontanée sous-astragalienne et du Chopart gauche, une arthrose ankylosante de l'IP du gros orteil gauche, le matériel d'ostéosynthèse gênant à la symphyse pubienne et un status après accident de moto avec disjonction de la symphyse pubienne, luxation ouverte du genou gauche, astragale gauche et fracture intra-articulaire de l'IP du gros orteil gauche. S'agissant de la capacité de travail et des limitations fonctionnelles, l'expert considérait - en octobre 2002 - que dans une activité assise ou semi-assise dans l'hôtellerie, sans effort de manutention, la recourante pouvait travailler avec un rendement pratiquement complet. En juin 2005, l'expert a estimé que la recourante devait éviter la position assise et debout prolongée ainsi que les efforts de manutention. L'activité habituelle, soit cheffe de projet des ressources humaines, était adaptée, et exigible à 60% surtout en raison des longs trajets en voiture depuis son domicile. Le Tribunal de céans constate que les rapports d'expertise du Dr O _____ se fondent sur des examens médicaux complets de la recourante et prennent en considération ses plaintes. Ils ont été établis en pleine connaissance de l'anamnèse et de l'entier du dossier médical et radiologique. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation

médicale sont claires et non contradictoires. Les conclusions sont dûment motivées et convaincantes. Il s'ensuit que les rapports d'expertise du Dr O _____ doivent se voir accorder pleine valeur probante. Il y a donc lieu de retenir, sur la base des rapports précités, que si les diagnostics ne se sont pas modifiés entre le 30 août 2002 et le 11 mai 2005 (dates auxquelles l'expert a examiné la recourante), il n'en demeure pas moins que leurs répercussions ont manifestement évolué négativement entre ces deux dates : alors qu'une activité assise était considérée comme étant une activité adaptée en août 2002, tel n'est plus le cas en mai 2005, l'expert constatant alors que la station assise ou debout prolongée est plus difficilement supportée qu'en 2002 et est limitée à environ 45 minutes (rapport du 6 juin 2005, page 2).

A/389/2009 - 24/31 - Le Tribunal de céans relèvera que l'aggravation des limitations fonctionnelles ressort également des rapports établis par le Dr L _____, médecin spécialisé en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur et qui a suivi la recourante dès son accident : alors que dans son rapport du 19 mai 2004 (versé à la procédure le 5 août 2009), ce médecin relevait que le handicap contraignait la patiente à pratiquer une activité en position assise, dans son rapport du 14 décembre 2009, il a noté que la recourante ne peut plus être assise ou debout de façon prolongée. Enfin, en janvier 2006, le Dr S _____, spécialiste en orthopédie, a également constaté que la position debout ou assise devait se limiter à 45 minutes (rapport du 30 janvier 2006). S'agissant des répercussions des diagnostics sur la capacité de travail de la recourante, l'expert a constaté, en août 2002, qu'elle pouvait travailler avec un rendement pratiquement complet dans une activité adaptée. Lors de l'examen effectué le 11 mai 2005, l'expert a noté que la capacité de travail dans l'activité habituelle est de 60% « surtout en raison des longs trajets en voiture depuis son domicile. L'activité de travail actuelle est appropriée. Si elle pouvait réduire ses déplacements en habitant à côté de son lieu de travail, j'ai l'impression qu'elle pourrait travailler avec un rendement supérieur, de l'ordre de 80% » (rapport du 6 juin 2005, p. 5). Se pose dès lors la question de savoir si la capacité de travail de la recourante est de 60%, ou si, comme l'a retenu l'intimé, on peut exiger d'elle qu'elle travaille à 80%. S'agissant de la capacité de travail de la recourante dans son activité habituelle, il y a lieu de relever qu'aucun des médecins consultés, à l'exception des examinateurs du SMR - mais dont le rapport ne revêt pas de valeur probante pour les motifs indiqués ci-dessus - n'a constaté une capacité supérieure à 60% (Dr Q _____, rapport du 28 septembre 2005, Dr R _____, rapport du 11 octobre 2005, Dr S _____, rapport du 30 janvier 2006 et Dr L _____, rapport du 14 décembre 2009). De surcroît, on relèvera que les expressions utilisées par l'expert quant à la possibilité de travailler à 80% (« j'ai l'impression que », « elle pourrait travailler », « de l'ordre de ») sont empreintes d'une incertitude évidente. On relèvera par ailleurs que tous les médecins s'accordent à dire que l'activité habituelle exercée par la recourante depuis janvier 2005 - que ce soit en tant que cheffe de projet RH, responsable de développement RH ou cheffe du département RH - est adaptée à ses limitations fonctionnelles. Le Dr R _____ a d'ailleurs noté, dans son rapport du 11 octobre 2005, que l'exercice d'une autre activité ne changerait rien (s'agissant de la capacité de travail), puisque le poste habituel est déjà adapté. Les parties ne le contestent pas au demeurant.

A/389/2009 - 25/31 - Par ailleurs, quand bien même l'activité habituelle est pleinement adaptée aux limitations fonctionnelles de la recourante, il apparaît que l'exercice à plus de 60% de cette activité entraîne néanmoins des conséquences sur sa santé. Son ancien

employeur (du 1er novembre 2007 au 31 mars 2009) a en effet constaté que le fait de devoir assumer des journées complètes de travail avait malheureusement des conséquences sur sa santé et nécessitait des interventions auprès de différents prestataires de soins. Il pensait que le poste de travail et le taux d'activité de 50% est le maximum possible que la recourante puisse assumer compte tenu de son handicap (attestation du 3 février 2009). Depuis avril 2009, la recourante est directrice générale des RH à 60% auprès d'un nouvel employeur. Celui-ci a également constaté que lorsque la recourante est amenée à donner des formations ou des séances d'information pouvant durer plus de deux heures en position debout, la recourante doit prendre congé le lendemain en raison de l'effort accru et des douleurs qu'il génère. Le poste lui permet d'alterner les positions assises et debout avec de petits déplacements permettant de mobiliser sa jambe et ainsi de gérer son handicap en fonction de ses besoins. En effet, la position assise prolongée (plus de 45 minutes) lui est pénible. L'employeur avait pu constater que le taux de 60% était le maximum qu'il puisse exiger d'elle : au-delà, elle souffre de douleurs évidentes et d'une fatigabilité accrue (attestation du 12 mai 2010). Par ailleurs, non seulement les parents de la recourante, son mari, une de ses amies, mais également sa physiothérapeute, ont confirmé avoir personnellement constaté les limitations fonctionnelles dans les activités ménagères, l'aggravation des douleurs lorsque la recourante doit exceptionnellement assumer une journée entière de travail ou si elle reste assise plus d'une heure, le fait qu'elle consacre ses après-midis à se reposer pour récupérer après le travail, à suivre ses traitements médicaux divers et faire des exercices en piscine, ce qui a une implication sur la résistance physique de la recourante mais également des conséquences sur son moral. Il y a lieu de relever en outre que les répercussions sur la santé de la recourante apparaissent quand bien même celle-ci, dans le cadre de son travail, gère son handicap en fonction des besoins, par exemple en se levant souvent pour se dérouiller, en faisant des photocopies elle-même ou en allant chercher les dossiers (procès-verbal de comparution personnelle du 15 juin 2010). Par ailleurs, il y a lieu de prendre en compte le fait que la recourante doit porter de façon permanente une attelle rigide stabilisant le genou, qui n'est efficace que si elle est bien serrée, ce qui entraîne un œdème des parties molles au niveau de la jambe gauche et de la cheville gauche, douloureux et néfaste sur le plan fonctionnel (Dr E_____, rapport du 16 avril 2008). L'ensemble de tous ces éléments permet de se convaincre que l'exercice de l'activité habituelle, à un taux supérieur à 60%, n'est pas exigible de la part de la recourante, et ce même si elle n'avait pas à faire de trajets en voiture entre son domicile et son lieu de travail, étant précisé que seuls 45 km séparent Prangins

A/389/2009 - 26/31 - (domicile de la recourante) de Morges (lieu de travail), ce qui correspond à moins de 20 minutes en voiture. Il s'ensuit qu'à compter du 11 mai 2005 (date de l'examen de la recourante par le Dr O_____), la capacité de travail est de 60% dans l'activité habituelle. La recourante fait ensuite valoir que son état de santé s'est aggravé depuis le dernier examen effectué par le Dr O_____. A la lecture des pièces versées au dossier, une péjoration de l'arthrose a effectivement été constatée tant par le Dr L_____ (rapport du 31 août 2007) que par le Dr E_____ (rapport du 16 avril 2008), tous deux spécialisés en chirurgie orthopédique. Par avis du 5 octobre 2009, le Dr G_____, spécialiste en médecine interne auprès du SMR, a considéré que les clichés ne mettent pas en évidence une modification significative de l'arthrose au niveau du genou gauche. Ce rapport succinct et peu motivé est toutefois insuffisamment probant pour remettre en cause les constatations des spécialistes précités. On relèvera en outre que quand bien même le Tribunal de céans avait expressément requis l'appréciation d'un radiologue

du SMR, le Dr G_____ s'est contenté de faire appel à un rhumatologue pour examiner les clichés. Cela étant, même s'il convient de constater une péjoration de l'arthrose dont souffre la recourante, aucune pièce ne permet de retenir que cette aggravation aurait, en soi, des répercussions supplémentaires à celles retenues par le Dr O_____ sur la capacité de gain de la recourante. De surcroît, le Dr L_____ estime que la capacité de travail s'élève encore à 60% (rapport du 14 décembre 2009). La recourante fait également valoir que le Dr S_____ a estimé la diminution de rendement à 50%. Le Tribunal de céans relèvera néanmoins que ce spécialiste a tout de même retenu une capacité de travail dans l'activité habituelle à 60% (rapport médical concernant les capacités professionnelles, daté du 30 janvier 2006) et confirmé que l'activité exercée était exigible trois jours par semaine (annexe au rapport médical daté du 30 janvier 2006). Il n'y a dès lors pas d'éléments suffisants permettant de retenir que la capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle - constatée par le Dr O_____ le 11 mai 2005 (date de l'examen de la recourante) - se serait améliorée ou péjorée jusqu'à la date déterminante du 9 janvier 2009. Par conséquent, il y a lieu de retenir que sur le plan somatique, la recourante a été en incapacité de travail totale du 1er décembre 1999 à septembre 2001. Dès octobre 2001, la capacité de travail était de 100% avec une baisse de rendement de 20%. A compter du 11 mai 2005 à tout le moins (date de l'examen effectué par le Dr O_____), la capacité de travail était de 60% dans l'activité habituelle, considérée comme étant adaptée par l'ensemble des médecins consultés. Enfin, sur A/389/2009 - 27/31 - le plan psychique, l'incapacité de travail a été de 50% d'août 2002 à décembre 2005.

E. 9

En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. Lorsqu'il y a lieu d'admettre pour les assurés qui exercent une activité lucrative à temps partiel ou qui travaillent dans l'entreprise de leur conjoint sans être rémunérés, que s'ils ne souffraient d'aucune atteinte à la santé, ils exerceraient, au moment de l'examen de leur droit à la rente, une activité lucrative à temps complet, l'invalidité est évaluée exclusivement selon les principes applicables aux personnes exerçant une activité lucrative (art. 27 bis RAI). 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 (art. 16 LPGa). 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). 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.

A/389/2009 - 28/31 - Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalidé (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités).

E. 10

En l'occurrence, il n'est pas contesté ni contestable que sans invalidité, la recourante aurait travaillé à temps complet, de sorte que son statut est celui d'un assuré actif. Lors de son accident, la recourante effectuait un stage dans un Hôtel dans le cadre de sa formation en tant que cadre supérieur en restauration et hôtellerie (Ecole Hôtelière de Genève), diplôme qu'elle a obtenu en 2001. Elle a poursuivi sa formation et a obtenu le diplôme de cadre supérieur en restauration et hôtellerie en 2002 (Ecole Hôtelière de Genève), un certificat en management des institutions de santé en 2003 (HEC) et un diplôme de responsable management qualité en 2004. Il s'ensuit que la recourante n'a pas été empêchée, en raison des atteintes à la santé, d'achever sa formation professionnelle. S'agissant de ses activités professionnelles, la recourante a travaillé en tant que stagiaire (en 2000), puis assistante RH (en 2001), en tant que conseillère en personnel, puis cheffe de projet RH (de 2002 à décembre 2005), ensuite comme responsable du développement RH (de janvier 2006 à octobre 2007), puis en tant que cheffe de département RH dès novembre 2007. A la date déterminante de la décision litigieuse - soit le 9 janvier 2009 -, la recourante exerçait encore cette activité auprès de l'Ensemble hospitalier de la Côte. La recourante allègue que sans son invalidité, elle aurait exercé l'activité de directrice d'un établissement hospitalier. Elle se réfère aux attestations produites à l'appui de son recours et rédigées par ses parents, son ami et une de ses amies. Le Tribunal de céans rappellera que le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser en bonne santé. S'il faut tenir compte des augmentations de salaire qui seraient intervenues pour des raisons d'ancienneté et des chances réelles d'avancement que le handicap a compromises, en revanche, de simples possibilités théoriques d'avancement ne peuvent pas être prises en considération (RCC 1963 p. 220). En l'occurrence, les attestations fournies par les proches de la recourante ne sauraient suffire pour établir, au degré de la vraisemblance requis, que la recourante

A/389/2009 - 29/31 - aurait exercé, sans atteinte à la santé, l'activité de directrice d'un établissement hospitalier. Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimé a retenu que l'activité que la recourante aurait exercé sans atteinte à la santé correspond à celle qu'elle exerce effectivement, de sorte que l'incapacité de travail se confond avec l'incapacité de gain. Par conséquent, il y a lieu de retenir que la recourante avait une incapacité de travail nulle de

décembre 1999 à septembre 2001, correspondant à une invalidité de 100% et donnant droit à une rente entière d'invalidité. L'incapacité de travail de 20% d'octobre 2001 à juillet 2002 correspond à une invalidité de 20% et n'ouvre pas droit à une rente (le seuil minimum étant de 40%). L'incapacité de travail de 50% d'août 2002 à décembre 2005 ouvre le droit à une demi-rente (50% d'invalidité) et, enfin, dès le 1er janvier 2006, l'incapacité de travail de 40% ouvre le droit à un quart de rente (40% d'invalidité).

E. 11

Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées et remplacées. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a RAI, lequel prévoit que, si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore ou que son impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité s'atténue, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout 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. En revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. En l'occurrence, il y a lieu de prendre en considération que la recourante avait une incapacité de travail nulle de décembre 1999 à septembre 2001, de 20% d'octobre 2001 à juillet 2002, de 50% d'août 2002 à décembre 2005, puis de 40% dès le 1er janvier 2006. Il s'ensuit que la recourante a droit à une rente entière de décembre 2000 (l'incapacité de travail ayant débuté le 1er décembre 1999, art. 29 al. 1 let b. LAI) à décembre 2001 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain), à une demi-rente d'août 2002 à mars 2006 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain) et à un quart de rente dès avril 2006 (soit trois mois après l'aggravation de la capacité de gain).

A/389/2009 - 30/31 - En raison de la demande tardive - non contestée par la recourante -, les prestations ne peuvent être allouées que depuis le 1er mars 2004 (art. 48 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2003 au 31 décembre 2007). La recourante a dès lors droit au versement d'une demi-rente de mars 2004 à mars 2006, et à un quart de rente dès avril 2006. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a octroyé à la recourante une demi-rente limitée du 1er mars 2004 au 31 décembre 2005.

E. 12

Au bénéfice des explications qui précèdent, le Tribunal de céans admettra le recours en ce sens que la recourante a droit à une demi-rente du 1er mars 2004 au 31 mars 2006, puis à un quart de rente à compter du 1er avril 2006. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que le Tribunal fixe en l'espèce à 3'000 fr. (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 LPA). L'intimé sera par ailleurs condamné à un émolument de 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/389/2009 - 31/31 -