

VS_GERICHTE S1 13 82 vom 3. September 2013

VS Kantonsgericht, 2013-09-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1 13 82](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S1_13_82)

FR: VS_GERICHTE S1 13 82 du 3 septembre 2013

IT: VS_GERICHTE S1 13 82 del 3 settembre 2013

Regeste

Par arrêt du 16 janvier (9C_728/2013), le Tribunal fédéral a rejeté le recours en matière de droit public interjeté par X_____ contre ce jugement. S1 13 82 - S1 13 83

JUGEMENT DU 3 SEPTEMBRE 2013 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Eve-Marie Dayer-Schmid, présidente ; Jean-Bernard Fournier et Jean- Pierre Zufferey, juges ; Pierre-André Gabioud, greffier en la cause X_____, recourante, représentée par Maître A_____ contre OFFICE CANTONAL AI DU VALAIS, intimé (ménagère partiellement

Erwägungen

E. 1

Les recours concernent des faits de même nature, portent sur des questions juridiques communes et sont dirigés contre les décisions d'une même administration, de sorte qu'il se justifie de les réunir et de les traiter dans un seul jugement (art. 11b al. 1 LPJA ; ATF 131 V 60 s. ; 128 V 126 consid. 1 et les références ; 128 V 194 consid. 1 ; SVR 2012 KV n°12 p. 44 consid. 1.1).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité au-delà du 31 décembre 2012, singulièrement sur le taux de cette rente, ainsi que sur le droit de l'intéressée à un reclassement dans une nouvelle profession.

- 4 -

E. 3

Les décisions entreprises exposent correctement les dispositions légales relatives à la notion d'incapacité de travail et d'invalidité chez une personne partiellement active (art. 28 et 28a LAI ; art. 6, 7, 8 et 16 LPGA), au début et au terme du droit à la rente (art. 29 LAI et 88a RAI), ainsi qu'au droit à un reclassement professionnel (art. 8 et 17 LAI). Il convient donc d'y renvoyer. 4.1 Au bénéficiaire d'un CFC de vendeuse, X_____ a exercé cette profession d'abord à plein temps, puis elle l'a interrompue à la naissance de ses trois enfants (1987, 1993 et 1994) et l'a finalement reprise à temps partiel. Depuis juin 1993, elle a été représentante de F_____, puis de G_____ dans des surfaces commerciales jusqu'en 2007. Elle y a été occupée à raison de 207 heures (moyenne annuelle en 2005, 2006 et 2007, ce qui représente 12% d'une activité à plein temps) pour un revenu annuel moyen de 4685 francs. 4.2 Souffrant de lombalgies chroniques et d'un trouble mixte de la personnalité, elle a mis fin à son activité lucrative en 2007 et a été opérée en mars 2008 (spondylodèse L4-L5 par PLIF), puis a séjourné à la Clinique H_____ à C_____ du 8 au 30 avril 2008. Cette intervention n'ayant pas amélioré son état de santé, une

nouvelle opération a été effectuée en septembre 2011 à E_____ pour une pseudarthrose L4-L5, suivie d'un nouveau séjour à H_____ du 11 au 31 octobre 2011 pour rééducation précoce postopératoire. Le 3 mai 2012, le Dr I_____ a constaté que, pour la première fois, sa patiente faisait des progrès fonctionnels objectifs qui lui permettaient d'assumer une bonne partie des activités simples de la vie quotidienne. La situation n'était médicalement pas encore stabilisée, mais l'amélioration constatée pouvait laisser entrevoir à terme une reprise de l'activité lucrative. Cet avis est partagé par le psychiatre J_____, lequel ne reconnaît aucune incapacité de travail en lien avec la psychopathologie (rapport du

E. 8

mai 2012). Le Dr K_____ confirme également l'amélioration des lombalgies dans un rapport du 22 mai 2012. A la demande du Dr L_____ du Service médical régional de l'AI (SMR), une expertise de l'assurée a encore été mise en œuvre chez le Dr B_____ à C_____. Du rapport y relatif du 10 septembre 2012, il ressort que la patiente allègue souffrir de lombalgies tenaces depuis une quinzaine d'années, lesquelles constituent un handicap dans la tenue de son ménage. Sur le plan objectif, son dossier radiologique ne montre toutefois que des pathologies banales, à savoir une discopathie protrusive L4-L5 sans conflit et une discrète discopathie L3-L4. L'expert constate un syndrome lombaire prononcé avec des limitations fonctionnelles et des signes de souffrance chronique, notamment une atrophie prononcée de la musculature para- vertébrale. Il n'y a aucune sciatalgie, ni souffrance radiculaire. Il estime ainsi qu'une activité de vendeuse, effectuée toujours en position debout, n'est plus exigible. Dans une activité adaptée en revanche, avec les mesures habituelles d'épargne vertébrale (soit en position alternée assis-debout, sans port de charges au-delà de 5 kg, ni travaux lourds) un travail à la demi-journée est exigible depuis fin septembre 2012, soit un an après la deuxième opération.

- 5 - Le SMR ayant totalement approuvé l'appréciation de l'expert, laquelle a une pleine valeur probante, l'OAI a prévu de mettre l'intéressée au bénéfice de trois-quarts de rente d'invalidité du 1er mars 2012 (annonce tardive) au 31 décembre 2012, le taux d'invalidité de l'intéressée s'élevant à 17% seulement au-delà de cette dernière date (projet de décision du 1er octobre 2012). 4.3 Dame Constantin s'est opposée à ce projet, les 19 octobre et 15 novembre 2012. Elle a déposé par la suite divers rapports médicaux des Drs I_____, M_____, N_____ et K_____, certains attestant une capacité de travail de 50%, à la demi-journée, dans un emploi adapté. Ces documents, de l'avis du SMR, n'apportant aucun élément objectif non pris en considération par l'expert et constituant simplement une appréciation différente d'un même état de fait, l'OAI a confirmé sa prise de position par décision formelle du 26 mars 2013, soit un taux d'invalidité de 17% dès janvier 2013, lequel ne permettait plus l'octroi d'une rente. 4.4 En procédure, la recourante estime que la décision précitée a été prise sur la base d'une expertise et d'une enquête économique qui ne sont plus d'actualité, sa situation médicale s'étant dégradée depuis lors. Elle conteste en outre le taux d'incapacité de travail de 21% sur le plan du ménage ainsi que son statut de ménagère active à 50% seulement, qu'elle voudrait porter à 80%, voire à 100%. Ces griefs ne sont guère pertinents. 4.4.1 S'agissant tout d'abord de la répartition entre activité lucrative et tâches ménagères, la jurisprudence a rappelé que la réponse apportée à la question de savoir à quel taux d'activité la personne assurée travaillerait sans atteinte à la santé dépend de l'ensemble des circonstances personnelles, familiales, sociales, financières et professionnelles (ATF 130 V 393 consid. 3.3 p. 395 s. et les arrêts cités ; arrêts du

Tribunal fédéral 9C_321/09 du 22 juillet 2009 consid. 4.2 et 9C_667/07 du 21 juin 2008 consid. 3.1). Cette évaluation doit également prendre en considération la volonté hypothétique de l'assuré qui en tant que fait interne ne peut faire l'objet d'une administration directe de la preuve et doit en règle générale être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 693/06 du 20 décembre 2006 consid. 4.1) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b p. 360 s.). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3 ; 125 V 150 consid. 2c ; 117 V 194 consid. 3b et les références ; TC S1 12 83 du 30 août 2012). La forme sous laquelle les époux contribuent à l'entretien de la famille (espèces, travaux ménagers, soins aux enfants, collaboration de l'autre conjoint à l'activité professionnelle ou dans l'entreprise) peut revêtir de l'importance pour répondre à la question du statut (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 485/05 du 3 novembre 2005 consid. 5.1.1). Enfin, pour répondre à cette question de statut dans certaines

- 6 - circonstances telles que des atteintes à la santé de longue durée, ce ne sont pas les affirmations faites à la personne procédant à l'enquête économique qui sont déterminantes, mais bien plutôt les conditions de vie concrète pendant les années précédentes (arrêts I 253/05 du 9 décembre 2005 consid. 4.2.2, I 449/05 du 14 décembre 2005 consid. 3.2.2 et I 108/05 du 7 juin 2005 consid. 3.2.2). En l'espèce, la recourante est mère de 3 enfants majeurs qui vivent encore dans son ménage, composé de 5 personnes. A l'enquêteur AI, elle a déclaré le 4 avril 2012 qu'à partir du moment où son fils cadet aurait terminé le cycle d'orientation, soit en juin 2009, elle aurait augmenté son temps de travail en tant que vendeuse à 50% au moins pour des raisons financières, dans le but de diminuer une dette hypothécaire s'élevant à 250 000 francs. En 2009, l'autorité fiscale a fixé les revenus du couple à 91 610 francs et sa fortune à 261 147 francs. En procédure, la recourante estime qu'en bonne santé elle aurait repris une activité lucrative dans une mesure supérieure à 50%, mais qu'elle ne chiffre pas précisément, sans démontrer les raisons (hormis financières) pour lesquelles elle aurait, à 51 ans, augmenté considérablement son temps de travail pour le porter à 80%, voire à 100%, alors qu'elle devait s'occuper de sa famille, de son ménage et de l'entretien de sa maison. Selon la jurisprudence, en présence de deux versions différentes et contradictoires, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures. Il est en effet un fait d'expérience que les premières déclarations d'un assuré sont généralement celles qui sont les plus proches de la vérité, car, en principe, on ne voit pas pourquoi une version ultérieure serait plus digne de foi. Au contraire, elle exige une justification particulière solide et convaincante, surtout lorsqu'elle est opposée au refus des prestations prononcé sur la base des premières déclarations précisément (ATF 121 V 47 consid. 2a ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d ; RAMA 2004 p. 546 avec les renvois ; 1988 p. 363 consid. 3b/aa ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 180/03 du 23 décembre 2003). A la lecture du dossier, et notamment de l'extrait du compte individuel de cotisations de l'assurée, l'on constate que depuis la naissance de son premier enfant (1987) et jusqu'à son arrêt de travail pour raison de santé en 2007, X_____ n'a été employée que très partiellement et a réalisé de petits revenus variant de 0 à 8606 francs (à l'exception de l'année 1991 où elle a obtenu 16 939

francs pour un emploi à 50%). L'on relève d'autre part qu'en 2012 le mari de la recourante travaille comme gardien de prison, que sa première fille est assistante dentaire, sa deuxième fille est assistante sociale en formation et que son fils termine un apprentissage d'électricien. Il n'est ainsi pas démontré que la situation financière des époux X _____ et O _____ exigeait impérativement de la part de l'assurée la reprise d'une activité à 80% voire à 100%, la situation du ménage étant saine et la seule dette hypothécaire ne justifiant pas une telle augmentation du temps de travail de l'intéressée. La cour ne saurait ainsi admettre au degré de la vraisemblance prépondérante que, sans ses

- 7 - ennuis de santé, l'intéressée aurait travaillé dans une mesure supérieure à celle qui lui a été reconnue par l'OAI, à savoir à 50%. Toute autre solution constituerait une simple possibilité, insuffisante au niveau de la preuve en droit des assurances sociales. La jurisprudence et la doctrine ont en effet rappelé que l'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. 2009, n° 30 ss ad art. 43 LPGa, p. 551 ss). 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 prépondérant (ATF 121 V 47 consid. 2a et 208 consid. 6b ; 126 V 360 consid. 5b). 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. 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 ; 119 V 9 consid. 3c/aa et les références ; RAMA 1999 p. 478 consid. 2b). En l'occurrence, la cour retient avec l'OAI qu'au moment de la décision entreprise dame Constantin aurait, en bonne santé, repris une activité de vendeuse à 50%, comme elle l'a déclaré dans un premier temps à l'enquêteur AI, tout en continuant de s'occuper de sa famille, de son ménage et de l'entretien de sa maison. Dès lors qu'aucun impératif d'ordre financier ne la contraignait à travailler davantage, et en l'absence d'éléments susceptibles d'expliquer de manière convaincante les raisons pour lesquelles elle a modifié ses premières déclarations, les juges ne voient pas de raison de s'écarter du principe rappelé ci-devant selon lequel, en présence de deux versions différentes et contradictoires, la préférence doit être accordée à celle que l'assuré a donnée alors qu'il en ignorait les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures. L'on remarquera enfin, sur le vu du tableau n° 3 reproduit ci-devant (p. 3), que porter le temps de travail présumable de l'assurée à 80%, voire à 100%, irait à l'encontre de ses conclusions puisque cela n'aurait pour conséquence que de diminuer son taux d'invalidité, lequel serait ramené à 14,08%, voire à 12,35%, du fait que le taux d'incapacité de travail en tant que vendeuse est inférieur à celui retenu sur le plan du ménage. 4.4.2 La recourante critique en outre l'appréciation médicale de sa situation effectuée par le SMR, à qui elle reproche de s'être fondé sur une expertise qui n'est plus d'actualité, son état de santé s'étant dégradé depuis le printemps et l'été 2012. Elle a déposé à cet effet divers rapports médicaux postérieurs à l'expertise et qui ont été soumis au Dr L _____, spécialiste FMH en maladies rhumatismales, médecine physique et réhabilitation au SMR, lequel a constaté, les 30 novembre 2012 et 4 février 2013, que les nouveaux documents présentés n'apportaient aucun élément nouveau par rapport à l'expertise, mais constituaient simplement une appréciation différente de la capacité de travail exigible secondaire à la même problématique lombaire évaluée par le Dr

B_____. Ils ne sauraient dès lors constituer un motif de révision.

- 8 - La cour partage cette appréciation. Elle constate tout d'abord que le rapport du Dr B_____ est complet compte tenu des droits contestés, est fondé sur des examens approfondis en tous points, tient compte des affections dont se plaint l'assurée, a été établi en connaissance de l'anamnèse et l'exposé du contexte médical est cohérent ; l'appréciation de la situation médicale est claire et les conclusions de l'expert sont dûment motivées, de sorte que cette expertise a pleine valeur probante (ATF 125 V 352 consid. 3a et 3b/aa ; 122 V 160 consid. 1c ; RAMA 2000 p. 214 consid. 3a). D'autre part, et contrairement à ce qu'allègue la recourante, il sied de constater que lors de l'expertise de septembre 2012 le Dr B_____ avait connaissance de l'évolution de l'état de santé de la patiente depuis le printemps 2012, celle-ci ayant émis diverses plaintes (ch. 5, p. 4 de l'expertise), qui ont été prises en considération par l'expert (p. 8). Celui-ci a d'autre part clairement exposé les raisons pour lesquelles il retenait une capacité de travail de 50% d'un plein temps, un an après la deuxième opération (p. 8). D'autre part, l'on ne trouve pas dans les avis médicaux postérieurs à l'expertise d'éléments objectifs nouveaux qui auraient été susceptibles de faire apparaître les conclusions du Dr B_____ comme obsolètes puisque, on le rappelle, les Drs I_____, N_____ et K_____ ont simplement émis une appréciation différente de la même situation médicale, ce qui ne constitue pas un motif de révision. Une évaluation médicale complète et approfondie, telle que l'expertise litigieuse, ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables - de nature notamment clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions. A l'appui de ses griefs, la recourante se contente de juxtaposer l'expertise aux rapports divergents de ses médecins traitants et de renvoyer aux pièces versées au dossier. Hormis la divergence d'opinion quant au degré de capacité de travail exigible, elle ne cherche pas véritablement à démontrer, par une argumentation précise et étayée, l'existence de contradictions manifestes ou d'éléments cliniques ou diagnostiques ignorés, et encore moins à expliquer en quoi le point de vue de ses médecins traitants serait objectivement mieux fondé que celui des Drs B_____ et L_____. Par ailleurs, on ne saurait faire le reproche au SMR ou à l'OAI de n'avoir pas tenu compte de l'avis subjectif de la patiente ; un tel moyen de preuve doit en effet être accueilli avec une certaine réserve, attendu que la personne concernée y exprime - naturellement - une sensibilité personnelle et subjective. Il ne saurait dès lors à lui seul justifier la reconnaissance de l'existence d'une incapacité totale de travailler (arrêt du Tribunal fédéral 9C_876/2010 du 19 mai 2011 consid. 2.3.2). Quant au rapport du 4 juillet 2013 du Dr D_____, déposé en procédure, il ne constitue qu'un avis thérapeutique sur les soins ou les traitements envisagés et n'est donc pas de nature à remettre en cause l'expertise probante du Dr B_____. Ainsi, à défaut pour la recourante d'avoir mis en exergue des éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment

- 9 - pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert, ses critiques ne sont pas pertinentes et doivent être écartées (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2010 du 31 mars 2011 consid. 2.2). 4.4.3 S'agissant de l'incapacité de travail de la recourante sur le plan des tâches ménagères, l'administration doit, pour en fixer le taux, procéder à une enquête effectuée au domicile de l'assurée et fixer l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément au chiffre 3086 de la circulaire concernant l'invalidité et

l'impotence de l'assurance-invalidité (CIIAI, éd. 1.1.2013). Le Tribunal fédéral des assurances a admis la conformité à la LAI de cette pratique administrative (arrêts I 654/00 du 9 avril 2001 et I 518/04 du 25 novembre 2005 ; RCC 1986 p. 248 consid. 2d). Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93), une telle enquête a valeur probante. En l'occurrence, l'invalidité de la recourante dans l'accomplissement de ses activités ménagères a été estimée sur la base d'une enquête effectuée à son domicile et conformément aux principes précités. Le rapport y relatif du 25 avril 2012 établit une description détaillée des conditions de vie de l'assurée et de ses activités. Il analyse, de manière circonstanciée, les tâches qu'elle peut et ne peut plus accomplir. En particulier, ces dernières sont déterminées en regard des conclusions médicales selon lesquelles l'intéressée ne peut plus effectuer de travaux lourds et doit ménager son dos en alternant les positions assis-debout. Elle rencontre en conséquence des difficultés lors des gros nettoyages, pour faire les vitres, passer l'aspirateur et étendre le linge, entretenir son logement et son jardin (y compris 300 m² de vignes). Elle n'effectue plus de repassage et ne s'occupe plus de l'entretien des sols de sa maison. Les constatations de l'enquêteur ont abouti à un taux d'incapacité de travail de 21% sur le plan des tâches ménagères. Elles sont dûment motivées et fondées sur un examen attentif et précis de la situation familiale concrète de l'assurée, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter. L'on rappellera à la recourante que, dans le cadre de l'obligation de réduire le dommage découlant de son atteinte à la santé (ATF 115 V 53 ; 114 V 285 consid. 3 ; 111 V 239 consid. 2a), il est de jurisprudence constante que si un assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 p. 509 s. et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_716/12 du

E. 11

avril 2013 consid. 3.2). En l'espèce, l'aide retenue pour les membres de la famille ne dépasse pas ce qui est exigible, selon la jurisprudence précitée (aide de son mari, de ses enfants et de sa belle-sœur pour les travaux qu'elle ne peut plus accomplir). L'on relèvera que cette aide va au-delà de ce qu'on peut généralement attendre des membres de sa famille dans la situation d'une assurée en bonne santé (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 308/04 du 14 janvier 2005 consid. 6.2.2 et I 681/02 du 11 août 2003). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en

- 10 - résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG*, Zurich 1997, p. 222). Quant à la critique de la recourante relative au déroulement de l'enquête, elle est sans fondement, les juges ne voyant pas, à l'instar de l'OAI, en quoi la présence d'une apprenante et de la femme de ménage de l'assurée seraient susceptibles de diminuer la fiabilité de l'enquête. Enfin, et contrairement au souhait de la recourante, les éventuelles directives internes de l'administration relatives à l'invalidité chez les personnes occupées au ménage n'ont pas à être communiquées aux assurés. Selon la jurisprudence en effet, une telle pratique n'est en principe pas critiquable (SVR 1998 MV n° 2 p. 6 consid. 3b et les références citées ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances M 7/00 du 22 octobre 2001). Destinées à garantir l'égalité de traitement entre les assurés, ces directives ne lient toutefois pas le juge des assurances sociales qui peut s'en écarter si elles contiennent des

prescriptions qui sont en contradiction avec les dispositions légales ou jurisprudentielles applicables (RCC 1983 p. 437 et 144 consid. 2 ; ATF 107 V 153 ; RVJ 1981 p. 73), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence. 4.4.4 En ce qui concerne les revenus avec et sans invalidité, l'OAI les a fixés respectivement à 24 252 fr. 50 et 27 670 fr. 55, ce qui entraîne une perte de gain de 12,35% depuis octobre 2012. Il est de jurisprudence que le revenu d'invalidité doit, en règle générale, être évalué en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Toutefois, en l'absence d'un revenu effectivement réalisé ou dans le cas où l'assuré ne met pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu de se référer aux données statistiques de l'Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS - (ATF 126 V 76 s. consid. 3b/aa et bb). On retient alors la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 323 consid. 3b/bb ; VSI 1999 p. 182). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 79 s. consid. 5b/aa-cc ; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). En l'occurrence, l'on a vu au considérant 4.4.1 ci-devant que c'est une activité exercée à 50% qui est médicalement exigible de l'assurée. Celle-ci n'ayant pas repris d'activité lucrative, il y a lieu de retenir le salaire auquel pouvait prétendre une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau de qualification 4), soit 4225 fr. par mois, part du 13e salaire comprise en 2010 (ESS 2010 TA1 p. 26), ou 4318 fr. 45 en 2012 (+ 1% en 2011 et 1,2% en 2012). Dans la mesure où ce montant représente le salaire pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles

- 11 - particulières, on peut admettre qu'un nombre significatif d'entre eux est conforme aux aptitudes de la recourante et peut être exercé de manière adaptée à son handicap. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2010/2011, il y a lieu de l'ajuster à 41,6 heures par semaine (La Vie économique, 1-2/2012, Tableau B9.2, p. 94), ce qui représente un salaire annuel brut de 53 894 fr. (4318 fr. 45 x 12 : 40 x 41,6). En ce qui concerne le taux de pondération à appliquer, le Tribunal fédéral a rappelé que l'étendue de l'abattement (justifié dans un cas concret) constitue une question typique relevant du pouvoir d'appréciation de l'Office cantonal AI que les juges doivent en principe respecter, sauf si l'administration a exercé ce pouvoir de manière contraire au droit, soit qu'elle a commis un excès positif ou négatif de son pouvoir d'appréciation ou a abusé de celui-ci (ATF 132 V 393 consid. 3.3 p. 399 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/07 du 8 mai 2008 consid. 4.1), notamment en retenant des critères inappropriés, en ne tenant pas compte de circonstances pertinentes, en ne procédant pas à un examen complet de celles-ci ou en n'usant pas de critères objectifs (ATF 130 III 176 consid. 1.2 p. 180). En l'espèce, l'OAI a procédé à un abattement de 10% afin de tenir compte des limitations de la recourante, notamment du fait que celle-ci ne pouvait effectuer de travaux lourds ni porter de charges de plus de 5 kg, et devait travailler en position alternée. Cette appréciation n'apparaît pas critiquable et est conforme à la jurisprudence en la matière (cf. par ex. arrêt du Tribunal fédéral 9C_259/07 du 8 mai 2008 consid. 4 précité ; arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 495/03 du 5 février 2004 et I 557/03 du 10 mai 2004 ; TC S1 12 239 du 25 mars 2013). Il s'ensuit que le revenu précité doit être ramené à 24 252 fr. 45, compte tenu

d'une activité à 50% (53 894 fr. x 90% x 50%), ce qu'a justement retenu l'office intimé. En ce qui concerne le revenu hypothétique en bonne santé, l'OAI l'a arrêté à 27 670 fr. 55. Sur le vu des données de l'ESS, ce revenu doit être fixé ainsi : 4360 fr. en 2010 pour une vendeuse (ESS 2010 TA1 p. 27), ou 4456 fr. 45 en 2012, $x 12 : 40 \times 41,6 \times 50\% = 27\ 808$ fr. (la différence provient du fait que l'OAI n'a retenu que 0,5% d'augmentation pour 2011 alors qu'il l'a fixée à 1% s'agissant du revenu d'invalidé). La comparaison des revenus (27 808 / 24 252) entraîne un taux d'incapacité de travail de 12,78% et un taux d'invalidité de 6,39% dès octobre 2012, s'agissant de l'activité lucrative de la recourante, et un taux d'invalidité global (arrondi : cf. ATF 130 V 121) de 17% (6,39% + 10,5%). Un tel taux ne permet plus l'octroi d'une rente au-delà du 31 décembre 2012 (art. 88a RAI). 5. Compte tenu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision de l'OAI du 26 mars 2013 mettant un terme à la rente au 31 décembre 2012 est confirmée. 6. Dans une seconde écriture du 7 mai 2013, la recourante conteste également la décision de l'OAI du 2 avril 2013 lui refusant des mesures d'ordre professionnel. Estimant présenter un taux d'invalidité de 23% au moins, elle doit être mise au

- 12 - bénéficiaire d'un reclassement professionnel dans une activité adaptée, étant donné qu'elle est déjà titulaire d'un CFC de vendeuse. 6.1 Aux termes de l'article 17 alinéa 1 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être maintenue ou améliorée. L'assuré a ainsi droit au reclassement lorsque les troubles de santé atteignent des proportions telles que la reprise de l'activité lucrative antérieure n'est pas raisonnablement exigible ou qu'ils ont pour conséquence une diminution durable de la capacité de gain d'environ 20%, ou lorsqu'une telle situation est imminente. Le pourcentage est calculé selon les mêmes principes que ceux appliqués lors de la détermination du degré d'invalidité dans le cas du droit à une rente (VSI 2000 p. 63 ; ATF 130 V 488 consid. 4.2 ; TC S1 12 126 du 4 mars 2013). Par reclassement, la jurisprudence entend l'ensemble des mesures de réadaptation de nature professionnelle qui sont nécessaires et suffisantes pour procurer à l'assuré une possibilité de gain à peu près équivalente à celle que lui offrait son ancienne activité. En règle ordinaire, l'assuré n'a droit qu'aux mesures nécessaires, propres à atteindre le but de réadaptation visé, mais non pas à celles qui seraient les meilleures dans son cas (ATF 124 V 109 s. consid. 2a et les références citées ; TC S1 12 46 du 20 juillet 2012). En particulier, l'assuré ne peut prétendre une formation d'un niveau supérieur à celui de son ancienne activité, sauf si la nature et la gravité de l'invalidité sont telles que seule une formation d'un niveau supérieur permet de mettre à profit d'une manière optimale la capacité de travail à un niveau professionnel plus élevé. On notera aussi que si les préférences de l'intéressé quant au choix du genre de reclassement doivent être prises en considération, elles ne sauraient toutefois jouer un rôle déterminant (RCC 1988 p. 266 consid. 1 et p. 495 consid. 2a et les arrêts cités ; RCC 1978 p. 527 consid. 2). Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi par l'assurance-invalidité, et cela tant objectivement en ce qui concerne la mesure que subjectivement en rapport avec la personne de l'assuré. En effet, une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée (ATF 113 V 28 consid. 4a et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_393/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3). Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (VSI 2002 p. 111 ; RCC 1991 p. 185). 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 (VSI 2001 p. 274 ; SVR 2007 IV n°1 p. 1 ; TC S1 10 71 du 23 juillet 2010).

- 13 - 6.2 En l'espèce, l'on a vu ci-devant (consid. 4.4.4) que la recourante ne présentait qu'un taux d'incapacité de travail de l'ordre de 13% dans un emploi adapté. Pour ce motif déjà, elle ne saurait être mise au bénéfice de mesures d'ordre professionnel de l'AI, la limite jurisprudentielle de 20% précitée n'étant pas atteinte par l'intéressée. Il n'a d'autre part pas été démontré que X_____ désirait, à 51 ans et compte tenu du fait qu'elle doit s'occuper de son ménage et de sa famille, reprendre une nouvelle formation et que celle-ci lui offrirait des possibilités de gain au moins équivalentes au salaire d'une vendeuse. Enfin, dans la mesure où elle s'estime inapte à occuper un emploi à plein temps, la condition de l'aptitude subjective à la réadaptation ne paraît pas remplie. 7. Il s'ensuit que l'assurée ne peut prétendre à un reclassement professionnel dans la mesure où elle dispose d'une capacité de travail totale dans une activité légère et adaptée exercée à 50% et qu'elle ne présente qu'une incapacité de gain de 13%. Son recours est en conséquence rejeté et la décision entreprise du 2 avril 2013 est confirmée. 8. Les frais des deux causes, par 800 francs, sont mis à la charge de X_____ et sont compensés avec l'avance qu'elle a effectuée. Il n'est pas alloué de dépens (art. 61 let. g, a contrario, LPGA).

Prononce

1. Les recours sont rejetés. 2. Les frais, par 800 francs, sont mis à la charge de X_____.
3. Il n'est pas alloué de dépens.

Sion, le 3 septembre 2013

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