

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1561/2011

ATAS/1144/2011

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 novembre 2011**

**3ème Chambre**

En la cause

Madame F \_\_\_\_\_, domiciliée au Grand-Lancy

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Depuis le 2 janvier 1981, Madame F \_\_\_\_\_, née en 1961, est au bénéfice de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une ablation du thymus et d'une myasthénie ayant entraîné une faiblesse et une fatigabilité extrêmes dès l'âge de 15-16 ans.
2. L'assurée s'est d'abord vu octroyer une rente entière, remplacée par une demi-rente le 1<sup>er</sup> novembre 1984 - lorsque l'assurée a exercé en tant que comptable - , puis à nouveau une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1993. La décision de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI) du 7 septembre 1993 se basait notamment sur un rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 5 juin 1993 concluant à une totale incapacité de travail à compter du 7 mai 1993.
3. Une procédure de révision a été ouverte. Interrogée, l'assurée a indiqué en septembre 2005 que, depuis 2000 environ, son état de santé s'était aggravé. Elle avait désormais besoin d'une béquille pour marcher en raison d'une plus grande fatigabilité des membres inférieurs.
4. Il est ressorti de l'instruction que l'assurée avait repris son activité lucrative de comptable à 60% en février 2000 et avait porté son taux d'activité à 100% dès janvier 2003 et jusqu'à la fin du mois d'août 2005.
5. Par décision du 13 janvier 2006, l'OAI a dès lors supprimé la rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> février 2000, date à laquelle l'assurée avait repris une activité salariée, en invoquant une violation de l'obligation de renseigner de l'assurée et une amélioration de son état de santé.
6. Par décision du 26 janvier 2006, l'OAI a en outre réclamé à l'assurée la restitution des montants qui lui avaient été versés à tort durant les cinq années précédentes, soit 128'030 fr. au total (24 x 2'060 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2001 au 31 décembre 2002 + 24 x 2'110 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2004 + 13 x 2'150 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 janvier 2006).
7. Par courrier du 12 février 2006, l'assurée s'est opposée à la décision du 13 janvier 2006. Admettant avoir tenté de reprendre une activité professionnelle à 60% en février 2000, l'assurée a allégué avoir dû y renoncer en juillet de la même année en raison de son état physique. Elle a affirmé souffrir depuis novembre 2000 - date du décès de sa tante - d'un état dépressif. Elle a expliqué que c'est pour renouer des contacts et améliorer son état qu'en mars 2001, lorsque la société pour laquelle elle avait précédemment travaillé l'avait sollicitée, elle a accepté de reprendre le travail, avec beaucoup de difficultés, jusqu'à la fin du mois d'août 2005, date à compter de laquelle elle n'avait plus travaillé. L'assurée a ajouté avoir été hospitalisée cinq semaines en avril 2003.

8. Par décision du 1er mars 2006, l'OAI a partiellement admis l'opposition et a modifié sa décision du 13 janvier 2006 en ce sens qu'il n'a fait remonter l'effet rétroactif de la suppression de la rente qu'au 1er janvier 2003 (au lieu du 1er février 2000). L'OAI a relevé qu'il avait pu être démontré que l'assurée avait travaillé durablement de février 2000 à août 2005, dans un premier temps à 60% puis, dès janvier 2004, à 100%. Son gain annuel s'était élevé à 28'107 fr. en 2000, à 30'775 fr. en 2001, à 55'378 fr. en 2002, à 70'155 fr. en 2003 et à 66'950 fr. en 2004. L'OAI a considéré comme établi que la capacité de gain de l'assurée s'était progressivement améliorée depuis février 2000 au point d'être complètement recouvrée depuis janvier 2003.
9. Par décision du 14 mars 2006, l'OAI a en conséquence réduit le montant à restituer à 78'590 fr. (24 x 2'110 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2003 au 31 décembre 2004 + 13 x 2'150 fr. du 1<sup>er</sup> janvier 2005 au 31 janvier 2006).
10. Saisi d'un recours de l'assurée, le Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent - l'a partiellement admis en date du 13 juillet 2006 (ATAS/667/2006) : le Tribunal cantonal a confirmé la décision de suppression de rente à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003 jusqu'au 31 août 2005 mais renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire concernant la période postérieure au 31 août 2005 et nouvelle décision. L'OAI avait admis en cours de procédure qu'il lui était impossible de se prononcer précisément sur le degré d'invalidité de l'assurée postérieurement au mois d'août 2005, vu le défaut de documents médicaux.
11. Le 8 janvier 2007, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait que lui ayant demandé à plusieurs reprises mais en vain des renseignements par courriers des 27 septembre, 6 novembre et 5 décembre 2006, il se proposait, vu l'absence de réaction de sa part, de considérer que son état de santé ne nécessitait plus de suivi médical depuis août 2005 et que le droit à toute prestation devait lui être nié à compter de cette date.
12. L'assurée s'étant finalement manifestée, elle a été adressée pour expertise au Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine-interne, lequel a rendu son rapport en date du 14 décembre 2007 (pièce 98 OAI).

Se basant sur les rapports du Dr N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, du Dr L\_\_\_\_\_, de la Polyclinique de neurologie et divers autres rapports de la consultation ORL, l'expert a relaté que l'assurée se plaignait de voir double, d'une faiblesse au niveau des jambes, de fatigabilité et de douleurs lombaires occasionnelles.

L'expert a confirmé le diagnostic de myasthénie, sans signe de décompensation. Il a également fait mention d'une probable hypertension artérielle sans répercussion sur la capacité de travail.

L'expert a indiqué que l'assurée avait fait preuve de ressources personnelles considérables puisque, malgré des conditions socio-médicales difficiles, elle avait réussi de mener à bien une formation et à travailler à un rythme peu réaliste vu les indications de ses médecins traitants. Il a souligné que la situation était encore compliquée par le fait que l'assurée n'acceptait plus de suivi médical régulier et avait refusé d'entrer en matière sur des propositions thérapeutiques plus élaborées tels que des traitements immunosuppresseurs réputés de bonne efficacité chez un pourcentage élevé de patients atteints de myasthénie. A cet égard, le Dr M\_\_\_\_\_ a expliqué que des progrès considérables avaient été réalisés dans le traitement des maladies auto-immunes et que grâce à ces traitements, la majorité des patients pouvait prétendre à une vie socioprofessionnelle normale.

L'expert a relevé par ailleurs une discrédance entre les plaintes subjectives - suggérant une limitation très marquée de la vie quotidienne - et les constatations cliniques, discrédance corroborée par le fait que l'assurée avait pu travailler à plein temps durant de nombreuses années alors que ses médecins recommandaient déjà une mise au repos globale.

L'expert a émis un pronostic favorable pour autant qu'un suivi spécialisé soit entrepris. En conclusion, il a indiqué que vu la symptomatologie, l'intolérance aux efforts physiques soutenus et l'épuisement neuromusculaire, des efforts soutenus et réguliers ne pouvaient plus être exigés. L'assurée devait se rendre à son poste de travail en voiture pour limiter sa fatigabilité.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il lui était difficile d'évaluer précisément la capacité de travail de l'intéressée, expliquant que moins le poste proposé exigerait d'activités physiques de type répétitif plus la capacité de travail serait élevée et qu'il fallait prendre en considération l'accès au travail, lequel pouvait déjà contribuer à une fatigabilité voire à un épuisement de la musculature si des trajets à pied devaient être entrepris. Quoi qu'il en soit, l'expert a émis des doutes sur la possibilité de l'assurée de travailler à plein temps, même dans une situation idéale. Il a émis l'avis que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % au moins, de 80 % au plus, pour tenir compte des moments de repos nécessaires.

Le Dr M\_\_\_\_\_ a souligné une nouvelle fois la nécessité et l'importance d'un suivi médical régulier, seul moyen d'adapter le traitement et d'évaluer de manière plus précise la capacité de travail. Pour lui, une activité sédentaire telle qu'exercée précédemment serait exigible, mais à condition de prévoir des pauses et une diminution de rendement, les travaux de lecture sur écran favorisant au bout d'un certain temps l'apparition d'une diplopie.

13. Le dossier de l'assurée a ensuite été soumis à la Dresse O\_\_\_\_\_, du SMR, qui, au vu des conclusions du Dr M\_\_\_\_\_, a suggéré de procéder à une évaluation professionnelle par le biais d'un stage en entreprise.

14. L'assurée à dès lors été adressée aux ETABLISSEMENTS PUBLICS POUR L'INTEGRATION (EPI) qui, dans leur rapport d'observation du 16 mai 2008 (pièce 103 intimé), ont conclu à la possibilité pour l'assurée de réintégrer le marché économique ordinaire mais pas à plus de 50%. Les EPI ont proposé un stage d'orientation professionnelle suivi d'un stage de comptabilité en entreprise dans une fiduciaire ainsi qu'un rafraichissement des connaissances de l'assurée en comptabilité et un cours informatique.
15. Sur cette base, la division de réadaptation professionnelle de l'OAI, dans son rapport du 20 octobre 2008 (pièce 107 intimé), a conclu à un degré d'invalidité de 32% depuis la fin du mois d'août 2005. Cette évaluation a été faite de manière théorique, le stage préconisé par les EPI n'ayant pu être organisé, l'assurée ayant été incarcérée dès la fin du mois de septembre 2008. Considérant que la comptabilité permettait d'éviter les activités physiques répétitives et qu'un taux d'occupation de 80% permettrait de ménager à l'assurée les moments de repos nécessités par sa diplopie, la division a comparé le revenu que l'assurée aurait pu réaliser en 2005 sans atteinte à sa santé, soit 72'122 fr. (selon l'ESS 2004, TA7, niveau 3, dans le domaine d'activité 21 [comptabilité] après réactualisation) à celui qu'elle aurait pu obtenir la même année malgré l'atteinte à sa santé, en exerçant à 80% et en appliquant une réduction supplémentaire de 15% soit 49'043 fr. (selon l'ESS 2004, TA7, niveau 3, domaine d'activité 21 = 5'716 fr. par mois pour un horaire de 40h./sem. = 5'945 fr. par mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 71'336 fr. par année en 2004 = 72'122 fr. en 2005 = 57'697 fr. à 80 % = 49'043 fr. après réduction supplémentaire de 15%).
16. Le 27 octobre 2008, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui reconnaître un degré d'invalidité de 32 % seulement pour la période postérieure à août 2005, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.
17. Le 26 novembre 2008, l'assurée s'est opposée à ce projet en indiquant qu'elle ne pensait pas être en mesure d'assumer une charge à 80%, vu son état de santé.
18. Le 7 décembre 2008, l'assurée a recontacté l'OAI en affirmant sa volonté de se soumettre à un stage professionnel.
19. La division de réadaptation professionnelle en a pris note et a proposé en date du 27 mars 2009 d'offrir à l'assurée une recherche d'emploi et/ou de stage en participant dans un premier temps à un atelier-club-emploi ceci afin de la mobiliser dans un projet professionnel dans le milieu économique ordinaire.
20. Par communication du 29 mai 2009, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une mesure d'orientation professionnelle.

21. Un premier entretien s'est tenu en date du 16 juin 2009, qui a permis d'examiner le parcours et la formation de l'assurée et de rédiger un curriculum vitae. Un second rendez-vous s'est tenu en date du 19 juin 2009, au cours duquel une lettre de motivation a été rédigée. Un troisième rendez-vous a été annulé par l'assurée qui a annoncé qu'elle reprendrait contact, ce qu'elle n'a jamais fait.
22. Par courrier du 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'OAI a demandé un certain nombre de renseignements à l'assurée qui n'y a pas répondu.
23. Le 28 octobre 2009, l'OAI lui a dès lors adressé une sommation lui enjoignant de lui répondre, à défaut de quoi il statuerait sur la base du dossier.
24. Par lettre du 12 janvier 2010, l'assurée a finalement répondu en affirmant sa volonté d'exercer une activité à 50 ou 60%.
25. Après examen de son dossier, l'OAI a décidé de mettre en place un stage d'observation, tel que préconisé précédemment par les EPI afin d'évaluer la capacité de travail de l'assurée plus précisément (entre 50 et 80 %) et de mettre en place des stages en entreprise.
26. Un stage d'observation et d'orientation a ainsi été mis sur pied dont le mandat a été confié aux EPI. Ceux-ci ont rendu leur rapport en date du 2 juillet 2010 (pièce 143 intimé), à l'issue d'un stage de secrétariat chez X\_\_\_\_\_.

Les EPI ont expliqué que ce stage dans une entreprise de transports n'avait pas permis de répondre aux questions posées quant à la capacité de travail de l'assurée car il n'était pas suffisamment adapté : la saisie à l'écran fatiguait beaucoup l'assurée mais c'était parce que les cases, trop petites, ne pouvaient être agrandies ; qui plus est, le logiciel comptable était tombé en panne de sorte que l'assurée n'avait pu être testée en comptabilité ; en définitive, le stage avait consisté à prendre les téléphones des clients, à répartir le travail entre les chauffeurs, à saisir tous les téléphones sur Excel et à effectuer diverses tâches de classement ; pour le reste, les responsables de l'entreprise avaient beaucoup apprécié la gentillesse, la bonne humeur et la volonté de l'assurée.

Le stage n'ayant pas permis de tirer de conclusions probantes, les EPI se sont référés à l'évaluation intra muros et ont conclu à une capacité de travail de 80% avec des rendements proches de la norme dans l'activité de comptable en précisant que l'assurée, compte tenu de sa fatigabilité visuelle, ne devrait pas travailler des heures d'affilée sur écran, et que ses déplacements devraient être restreints puisqu'elle doit s'aider d'une canne. Une mise à niveau concernant les normes comptables et un complément de formation sur logiciels de bureautique ont été préconisés dont il a été estimé qu'ils seraient pleinement à la portée de l'assurée et augmenteraient sensiblement son employabilité.

---

Par ailleurs, les EPI ont confirmé la très faible résistance physique de l'assurée et ses troubles de la vision sur le moyen ou long terme. Ils ont souligné qu'elle n'était capable que d'exécuter des travaux de type sédentaire, variés et n'impliquant aucun déploiement de force. Il a néanmoins été relevé que la résistance de l'intéressée s'était sensiblement améliorée durant le stage puisque son taux de présence, de 50% les deux premières semaines et demie, était passé à 100% (correspondant en réalité à un 80%) les quatre semaines et demie suivantes. Les capacités intellectuelles et d'apprentissage ont été qualifiées de "pleines et entières". Il a été estimé qu'une formation adéquate de niveau CFC était parfaitement envisageable. Les qualités d'écoute, de ponctualité, d'organisation et de logique de l'assurée ont été soulignées ainsi que son sens du détail, sa serviabilité et son caractère volontaire et optimiste. Il a été préconisé de privilégier le domaine tertiaire mais dans une activité variée de type bureautique et/ou administratif (assistante des ressources humaines par exemple).

27. Le 15 avril 2011, l'OAI a rendu une décision niant le droit de l'assurée à une rente pour la période postérieure à août 2005. L'OAI a considéré que l'assurée était capable d'exercer son activité habituelle de comptable à un taux de 80%. Le taux d'invalidité correspondait dès lors à la diminution de la capacité de travail, à savoir 20 %, taux insuffisant pour ouvrir droit à des prestations. L'OAI a considéré qu'une réduction supplémentaire du salaire d'invalidité ne se justifiait pas dans la mesure où l'assurée n'avait pas à changer d'activité.
28. Par écriture du 26 mai 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en alléguant que le stage suivi dans une entreprise de transports à 50% avait démontré son incapacité à exercer une activité au taux exigé par l'OAI.
29. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 juin 2011, a conclu au rejet du recours.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice 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) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des

assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Par conséquent, d'un point de vue matériel, le droit aux prestations doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 5ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références, voir également ATF 130 V 329).

En ce qui concerne la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Interjeté dans les formes et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige se limite à la question du degré d'invalidité de la recourante pour la période postérieure au 31 août 2005, le Tribunal cantonal ayant d'ores et déjà confirmé la décision de l'OAI de supprimer la rente du 1er janvier 2003 au 31 août 2005. En d'autres termes, il convient d'examiner si, depuis le 31 août 2005, l'état de santé de l'assurée s'est dégradé au point d'influencer sa situation juridique et de lui rouvrir le droit à une rente.
5. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA.

Selon cette disposition, tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). C'est le lieu de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage, principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les références citées). Il en résulte que le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir depuis le début de son incapacité de travail, ceci pour éviter que le recourant soit tenté d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi 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 on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

Ainsi, 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 353 consid. 3b/bb).

En vertu de la maxime d'office, l'administration et le juge doivent veiller d'office à l'établissement exact et complet des faits pertinents. Sont pertinents tous les faits dont l'existence peut influencer d'une manière ou d'une autre le jugement relatif à la prétention. Dans ce contexte, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994, 220 consid. 4a).

7. En l'espèce, la recourante conteste le taux de capacité résiduelle de travail de 80% retenu par l'intimé à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005 sur la base de l'expertise du Dr M\_\_\_\_\_ et du rapport des EPI.

Il n'est cependant pas contesté que le rapport du Dr M\_\_\_\_\_ doit se voir reconnaître pleine valeur probante. L'atteinte à la santé est clairement établie, tout comme les limitations fonctionnelles qui en découlent. Le Dr M\_\_\_\_\_ a évalué la capacité de travail de l'assurée à 50-80%, laissant le soin aux maîtres de stage professionnels d'affiner cette évaluation.

A cet égard, le rapport des EPI explique clairement pour quelles raisons le stage d'observation n'a pas été probant et pourquoi il a finalement été décidé de se rallier aux conclusions théoriques de la division de réadaptation professionnelle. Après avoir pu observer la recourante in situ, il a paru raisonnable à ces spécialistes d'exiger de sa part une activité à 80%, tout en expliquant en détail en quoi devrait consister une telle activité.

La Cour de céans se ralliera donc aux conclusions convergentes des différents intervenants - médecin expert, division de réadaptation professionnelle et EPI - et retiendra une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée c'est-à-dire sédentaire, n'impliquant aucun travail de force et permettant de varier les tâches, telle qu'une activité de bureau. Il est vrai que ce taux de 80% correspond au maximum de la fourchette évoquée par l'expert. Ce dernier a cependant souligné à plusieurs reprises qu'en se soumettant à un traitement adapté, l'assurée pourrait vraisemblablement influencer favorablement sa capacité de travail. C'est le lieu de rappeler l'obligation de diminuer le dommage qui incombe à tout assuré. Il s'agit là d'un principe général du droit des assurances sociales (ATF 129 V 463 consid. 4.2,

123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités). Dans cette mesure, les conclusions des EPI apparaissent parfaitement raisonnables. La Cour retiendra donc une capacité résiduelle de travail de 80% à compter d'août 2005, date à laquelle il n'est pas contesté que l'état de santé de l'assurée se soit aggravé puisqu'elle n'a plus été en mesure d'assumer le poste à plein temps qui était le sien jusqu'alors.

8. Reste à vérifier le calcul du degré d'invalidité auquel s'est livré l'intimé.

a) Conformément à l'art. 28 al. 1 LAI, l'assuré a droit à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50%, à un trois-quarts de rente si son invalidité atteint au moins 60% et à une rente entière si son degré d'invalidité atteint 70%.

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; art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPG). 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'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25 % sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

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 avait été 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.

b) En l'espèce, la recourante a travaillé durant quelques années en tant que comptable. Dans la mesure où le dernier poste occupé ne correspondait cependant manifestement pas à ses capacités et où le salaire qui lui était versé ne correspondait pour sa part pas à la situation du marché, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux statistiques pour fixer le revenu avant invalidité.

Si l'on se réfère tout comme l'intimé à l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS), on obtient un revenu avant invalidité de 72'190 fr. pour une femme exerçant à plein temps en 2005 dans le domaine de la comptabilité (ESS 2004, TA7, niveau 3, domaine d'activité 21 [comptabilité] : 5'716 fr./mois pour un horaire de 40h./sem. = 5'959 fr./mois pour un horaire de 41.6 h./sem. = 71'507 fr. en 2004 = 72'190 fr. en 2005 [cf. La Vie économique, tableau B10.3 n°12/2008 - p. 95]).

Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient également de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'ESS. Ainsi que cela a été dit supra, l'assurée pourrait exercer à 80% une activité adaptée, c'est-à-dire sédentaire et n'impliquant pas de travailler des heures d'affilée sur écran. A cet égard, on relèvera qu'ainsi que l'ont fait remarquer les EPI, une activité de gestion du personnel sera sans doute mieux adaptée car elle permettra d'éviter de passer de longues heures devant l'écran de l'ordinateur. Selon les données de l'ESS 2004, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité de comptable est le même que celui d'une femme active dans la gestion du personnel (TA7 domaine 21). On peut ainsi en déduire qu'en 2005, l'assurée, en exerçant dans ce domaine à 80%, aurait pu obtenir un revenu de 49'089 fr. en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 15% telle que celle admise par la division de réadaptation professionnelle dans son rapport du 20 octobre 2008 (ESS 2004, TA7, niveau 3, domaine 21 : 5'716 fr. /mois pour un horaire de 40./sem. = 5'959 fr./mois pour un horaire de 41,6 h./sem. = 71'507 fr. en 2004 = 72'190 fr. en 2005 = 57'752 fr. à 80% en 2005 = 49'089 après réduction supplémentaire de 15%). La réduction supplémentaire est justifiée par le fait que l'assurée ne pourra rester longtemps à l'écran et devra en conséquence un peu modifier son champ d'activité.

La comparaison des deux montants conduit à un degré d'invalidité de 32%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente.

En revanche, il suffit à ouvrir droit à des mesures de réadaptation professionnelle telles que préconisées par les EPI dans leur rapport, à savoir une formation complémentaire en informatique ou dans le domaine des ressources humaines, par exemple.

Le recours sera donc très partiellement admis en ce sens.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet très partiellement au sens des considérants.
3. Constate que le degré d'invalidité de la recourante pour la période postérieure au 31 août 2005 doit être fixé à 32%.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour examen des mesures de réadaptation professionnelle pouvant entrer en ligne de compte.
5. Renonce à percevoir l'émolument.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le