

# **GE\_GERICHTE ATAS/1231/2011 vom 13. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_1231\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1231_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/1231/2011 du 13 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/1231/2011 del 13 dicembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

### **E. 2**

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable à la présente procédure. 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 230, consid. 1.1 ; ATF 129 V 4, consid. 1.2 ; ATF 127 V 467, consid. 1 ; ATF 126 V 136, consid. 4b et les références citées).

### **E. 3**

Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable.

### **E. 4**

Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité.

### **E. 5**

a) 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. 6 LPGA, est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. En vertu de l'art. 7 LPGA, 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, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Pour évaluer le taux d'invalidité, 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 et art. 28 al. 2 LAI).

A/1828/2011 - 17/25 - Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8).

## **E. 6**

mai 2003, consid. 2.2). b) 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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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 (ATF 125 V 351, consid. 3; ATF 122 V 157, consid. 1c). c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

A/1828/2011 - 18/25 - approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/bb). d) 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). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 (ATF 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). e) La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431, consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non

arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425, consid. 2.1; ATF 124 V 90, consid. 4b; ATF 122 V 157, consid. 1d).

## E. 7

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu du travail que l'invalidé pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue en règle générale en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus, puis en les confrontant l'un à l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité. Dans la mesure où ces revenus ne peuvent être chiffrés exactement, ils doivent être estimés d'après les éléments connus dans le cas particulier, après quoi l'on compare entre elles les valeurs approximatives ainsi obtenues. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente. Les revenus avec et sans

A/1828/2011 - 19/25 - 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (ATF 129 V 222, consid. 4.1; ATF 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n° U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu 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 sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222, consid. 4.3.1). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique. Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (ATF du 24 avril 2006, I 168/05, consid. 3.3; ATF du 17 octobre 2003, B 80/01, consid. 5.2.2). c) S'agissant du recours à des données statistiques, le Tribunal fédéral a précisé que lors de la détermination du revenu d'invalidé, il convient généralement de se fonder sur les salaires mensuels indiqués dans la table de l'Enquête suisse des salaires TA1, à la ligne "total secteur privé" (ATF 124 V 321, consid. 3b/aa). Toutefois, lorsque cela apparaît indiqué dans un cas concret pour permettre à l'assuré de mettre pleinement à profit sa capacité résiduelle de travail, il y a lieu parfois de se référer aux salaires mensuels de

secteurs particuliers, voire à des branches particulières. Tel est notamment le cas lorsque avant l'atteinte à la santé, l'assuré a travaillé dans un domaine pendant de nombreuses années et qu'une activité dans un autre domaine n'entre pas en ligne de compte. En outre, lorsque les circonstances du cas concret le justifient, on peut s'écarter de la table TA1 (secteur privé) pour se référer à la table TA7 (secteur privé et secteur public ensemble), si cela permet de fixer plus précisément le revenu d'invalidé et que le secteur en question est adapté et exigible (ATF du 20 novembre 2009, 9C\_142/2009, consid. 4.1; ATF du 24 août 2007, 9C\_237/2007, consid. 5.1; RAMA 2000 n° U 405, consid. 3b). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de

A/1828/2011 - 20/25 - 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). 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 75, consid. 5b).

## **E. 8**

Dans son arrêt du 13 octobre 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales s'est déjà penché sur la plupart des documents médicaux dont se prévaut l'assurée. Il n'y a dès lors pas lieu de revenir sur l'appréciation des preuves à laquelle il a procédé, en particulier sur la pleine valeur probante reconnue à l'expertise des Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ et c'est en vain que l'assurée revient sur les contradictions qu'elle croit y voir. Il sied en effet de rappeler que l'autorité de la chose jugée découle de la force jugée et la complète en interdisant de remettre en discussion, dans une nouvelle procédure, ce qui a été définitivement jugé. Savoir ce qui a déjà été jugé est objectivement limité à ce qui a fait l'objet du jugement, c'est-à-dire en principe à son seul dispositif. Toutefois, dans le cas où un arrêt de renvoi est rendu, ses considérants lient aussi bien l'autorité de renvoi que le Tribunal qui ne saurait revenir sur sa décision à l'occasion d'un recours subséquent (ATF 9C\_407/2008 du 6 avril 2009, consid. 1.1). Tel est le cas en l'espèce, puisque le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours au sens des considérants. Quoi qu'il en soit, les critiques de l'assurée quant à la capacité de travail retenue par les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ tombent à faux. Le fait que le reconditionnement musculaire n'ait pas eu lieu à la date de l'expertise ne permet pas de conclure à une incapacité de travail totale jusqu'à cette date. En effet, l'obligation de diminuer le dommage est un principe général du droit des assurances sociales, en vertu duquel l'assuré doit entreprendre toutes les mesures raisonnablement exigibles de lui afin de réduire le dommage (ATF 129 V 460, consid. 4.2; ATF U 323/04 du 30 août 2005, consid. 5.3.1). De plus, selon l'art. 16 LPGa, une rente d'invalidité n'est en principe due que pour la période où l'incapacité de gain ne peut être supprimée ou réduite par des mesures raisonnablement exigibles de la part de la personne assurée pour réduire le dommage causé par l'atteinte à la santé, qu'il s'agisse de mesures de réadaptation au sens de la loi (art. 7 al. 2 LAI) ou de mesures qu'elle pourrait entreprendre de son propre chef (ATF 9C\_368/2010 du 31 janvier 2011, consid. 5.1.2). En vertu de ces principes, il était exigible que l'assurée entreprenne un reconditionnement musculaire. Contrairement à ce qu'elle allègue, elle savait dès 2005 qu'elle devait entreprendre une telle mesure thérapeutique puisqu'il ressort du rapport de la Dresse A\_\_\_\_\_ que celle-ci l'a rendue attentive à la nécessité de reprendre une activité physique régulière sous contrôle médical. Les allégations de l'assurée selon lesquelles l'OAI est responsable de l'aggravation de son atteinte à la santé doivent ainsi également être écartées. On notera au demeurant que

ces affirmations ne sont nullement documentées et qu'il paraît pour le moins douteux que les activités exercées aux EPI, particulièrement légères et adaptées aux limitations

A/1828/2011 - 21/25 - fonctionnelles établies par les experts, aient été de nature à provoquer l'hernie discale apparue par la suite. S'agissant de l'aggravation survenue en 2009, l'OAI a complété l'instruction en requérant les renseignements nécessaires auprès des médecins traitants de l'assurée. Tenant compte de l'aggravation de la hernie discale L5-S1, apparue à l'IRM d'avril 2009 et opérée en août 2009, le Dr C\_\_\_\_\_ a admis une incapacité de travail entière de mars 2009 à avril 2010. La motivation de ses conclusions, qui ressort de son avis du 20 octobre 2011, est convaincante. Il n'existe de plus aucun rapport médical susceptible de la remettre en cause s'agissant du début de l'incapacité de travail, qu'il a fait remonter à mars 2009. L'assurée n'a en effet fourni aucun document démontrant qu'elle aurait consulté un médecin avant le mois d'avril 2009, et le Dr V\_\_\_\_\_, en évoquant l'apparition de la nouvelle hernie discale dans son rapport du 12 mai 2009, a indiqué que les symptômes étaient présents depuis deux mois, soit précisément dès mars 2009. Quant à la fin de l'incapacité de travail, le Dr C\_\_\_\_\_ l'a datée à mai 2010, compte tenu de l'évolution satisfaisante après l'intervention chirurgicale et de la disparition de la sciatique ressortant des rapports des médecins. Le Dr V\_\_\_\_\_ a en effet signalé le 22 octobre 2009 que les douleurs dans la jambe s'étaient nettement amendées. Cette amélioration a été confirmée en février 2010 par la Dresse L\_\_\_\_\_. Si l'assurée a évoqué une douleur irradiant dans la cuisse droite lors de sa consultation de mars 2010 avec le Dr V\_\_\_\_\_, ce médecin n'indique pas que ce symptôme persiste dans son rapport d'avril 2010. La Dresse L\_\_\_\_\_ ne l'évoque pas non plus dans rapport de juin 2010, faisant uniquement état de lombosciatalgies à droite, ce qui correspond à un diagnostic connu de longue date dont les Drs P\_\_\_\_\_ et Q\_\_\_\_\_ ont tenu compte lors de l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée. Quant à la discopathie L4-L5 médiane à laquelle se réfère le Dr V\_\_\_\_\_, elle n'a pas été révélée par l'IRM du 22 mars 2010 puisqu'il s'agit d'une atteinte déjà évoquée par la Dresse A\_\_\_\_\_ en 2005 et par les experts dans leur rapport du 22 novembre 2007. Il y a donc lieu de se rallier à l'appréciation du Dr C\_\_\_\_\_, selon laquelle l'incapacité de travail de l'assurée liée à la hernie discale L5-S1 et sa cure chirurgicale s'est achevée en mai 2010. Dès cette date, les atteintes subsistant sont celles qui ont fait l'objet de l'expertise rhumato- psychiatrique réalisée en 2007, au terme de laquelle l'assurée dispose d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. On notera en particulier que le rapport du 28 janvier 2011 de la Dresse G\_\_\_\_\_ ne permet pas de parvenir à une autre conclusion, puisque ce médecin ne fait état d'aucun diagnostic nouveau. Le rapport du Dr AB\_\_\_\_\_ du 10 août 2011 se réfère également à des douleurs dont les experts ont tenu compte, et précise que la nouvelle IRM n'a pas montré de récurrence de hernie. Enfin, les Drs L\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ ne contredisent pas les conclusions du Dr C\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de l'assurée dès mai 2010, et ne permettent dès lors pas de remettre en cause l'avis du médecin du SMR sur ce point. En effet, la Dresse L\_\_\_\_\_ n'a pas été en mesure d'indiquer la capacité

A/1828/2011 - 22/25 - de travail de l'assurée, qui devait selon elle faire l'objet d'un stage d'observation. Le Dr AB\_\_\_\_\_ n'a quant à lui vu l'assurée qu'une fois en juin 2011, de sorte qu'on voit mal comment il pourrait se déterminer sur la capacité de travail de celle-ci pour l'année qui précède. A la lecture de son rapport, il semble d'ailleurs que ce médecin n'exclut pas que l'assurée dispose d'une capacité de travail dans des activités légères.

Compte tenu de ce qui précède, l'audition des Drs L\_\_\_\_\_ et AB\_\_\_\_\_ s'avère superflue, par appréciation anticipée des preuves. Il n'est pas non plus nécessaire de procéder à l'audition de la Dresse A\_\_\_\_\_ et de Madame I\_\_\_\_\_, puisque leurs observations portent sur une période pour laquelle le Tribunal cantonal des assurances sociales a d'ores et déjà admis que l'assurée disposait d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Pour le surplus, s'agissant des indications que pourrait donner Madame I\_\_\_\_\_, la Cour de céans rappelle que les données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas et l'emportent sur les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (ATF I 762/02 du 6 mai 2003, consid. 2.2). L'assurée fait grief à l'OAI de ne pas avoir procédé à son examen médical depuis le 30 avril 2010. Cependant, une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). C'est également le cas d'un avis médical qui se fonde sur l'examen des rapports des médecins traitants d'un assuré, de sorte que ce moyen est sans pertinence. L'assurée semble également reprocher à l'OAI de ne pas avoir motivé médicalement la période d'incapacité de travail retenue dans sa décision. Le devoir de motiver une décision découle du droit d'être entendu, et a pour but de permettre au justiciable de connaître les fondements de la décision afin de pouvoir la contester (ATF 135 V 65, consid. 2.4). Le droit d'être entendu est de nature formelle, et sa violation conduit à l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès au fond. Selon la jurisprudence, une violation du droit d'être entendu peut toutefois être considérée comme réparée lorsque l'intéressé a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours disposant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 127 V 431, consid. 3d/aa). En l'occurrence, il est vrai que tant la décision que l'avis du Dr C\_\_\_\_\_ du 1er novembre 2010 étaient insuffisamment motivés. La Cour de céans jouissant d'un plein pouvoir d'examen, et l'OAI ayant fourni des explications complémentaires dans son écriture du 24 octobre 2011, la violation du droit d'être entendu doit cependant être considérée comme réparée.

A/1828/2011 - 23/25 -

## **E. 9**

Eu égard à ce qui précède, la Cour de céans ne s'écartera pas des conclusions des Drs P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_ et retiendra que l'assurée disposait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée de mars à juin 2005, date à laquelle elle a recouvré une capacité de travail totale. Elle a à nouveau subi une incapacité de travail totale du 1er mars 2009 au 30 avril 2010. En vertu de l'art. 29 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 1988 au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prenait naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présentait une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il avait présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b). A l'issue de ce délai de carence, soit en mars 2005, l'incapacité de travail de l'assurée a persisté pendant trois mois à 50 %. Il convient dès lors de procéder au calcul de son degré d'invalidité pour déterminer si ce taux d'incapacité donne droit à une rente. Le salaire sans invalidité retenu par l'OAI dans son rapport de réadaptation du 5 février 2009 est de 55'692 fr.. On ignore sur quels documents se fonde l'OAI sur ce point. En effet, selon

les fiches de salaire des X\_\_\_\_\_, l'assurée a réalisé un revenu de 59'851 fr. 80 en 2003, dernière année complète d'activité avant la survenance de l'incapacité de travail. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce montant. Compte tenu de l'indexation jusqu'en 2005, année pour laquelle le droit à la rente doit être examiné, le revenu sans invalidité est de 63'101 fr. Quant au revenu d'invalidité, c'est à juste titre que le Service de réadaptation a retenu le salaire statistique tiré d'activités simples et répétitives. C'est toutefois aux résultats de l'ESS 2004 et non 2008 qu'il convient de se référer, soit 3'893 fr. mensuels et 46'716 fr. annuels pour les femmes (TA1, ligne Total) pour 40 heures de travail hebdomadaires. Ce revenu doit être adapté à la durée moyenne du travail (41.6 heures en 2005 selon la Statistique sur la Durée normale du travail) et à l'indexation, ce qui le porte à 49'119 fr. ou 24'560 fr. en tenant compte d'une capacité de travail de 50 %. Le degré d'invalidité est ainsi de 61 % de mars à juin 2005. Cela ouvre le droit à un trois quarts de rente selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007. Depuis le 1er juillet 2005, l'assurée dispose en revanche d'une capacité de travail totale dans une activité adaptée, exception faite de la période d'incapacité de travail totale de travail de mars 2009 à avril 2010. Le calcul de son degré d'invalidité repose dès cette date sur un revenu d'invalidité de 49'119 fr. pour une activité exercée à plein temps, sur lequel il faut encore procéder à un abattement de 10 %, ce qui le porte à 44'207 fr. La comparaison avec un revenu sans invalidité aboutit à un montant de 29.94 %, insuffisant pour ouvrir le droit à une rente. Il convient cependant de relever que la décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la

A/1828/2011 - 24/25 - suppression de cette rente correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 9C\_575/2008 du 29 août 2008, consid. 4). Il y a donc lieu d'appliquer l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité (RAI; RS 831.201), qui dispose 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. Partant, ce n'est que trois mois après l'amélioration constatée que s'éteint le droit à la rente. Conformément à cette disposition, l'assurée a donc droit à un trois quarts de rente du 1er mars au 30 septembre 2005, et à une rente entière du 1er mars 2009 au 30 juillet 2010, et la décision entreprise doit donc être réformée sur ces points.

#### **E. 10**

Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis. La recourante a droit à une indemnité de dépens, qu'il convient de fixer à 1'000 fr. L'OAI supportera l'émolument de 500 fr. (art. 69 al. 1bis LAI).

A/1828/2011 - 25/25 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

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