

GE_GERICHTE ATAS/261/2016 vom 31. März 2016

GE Cour de justice, 2016-03-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_261_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/261/2016 du 31 mars 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/261/2016 del 31 marzo 2016

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 - E 2 05) en vigueur dès le 1er janvier 2011, la chambre

A/2166/2015 - 13/22 - 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

Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés (ATF 130 V 343). Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003) a apporté des modifications, notamment en matière de procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question du degré d'invalidité à reconnaître à la recourante et celle de son évolution dans le temps.

E. 5

Préalablement à toute discussion, il convient de relever que, par erreur, la première page de la décision litigieuse mentionne un quart de rente, dans le tableau récapitulatif des prestations, pour la période de mai 2012 à octobre 2014, alors que les montants octroyés correspondent manifestement à une rente entière de mai 2012 à juin 2014 et à un trois-quarts de rente de juillet à octobre 2014, soit aux taux retenus dans le dispositif de la décision litigieuse et d'ailleurs correctement récapitulés en bas de la première page de la décision.

E. 6

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 l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 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 (art. 7 LPGA).

A/2166/2015 - 14/22 - Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI).

E. 7

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 275 consid. 4a, 105 V 207 consid. 2). 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). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2, 105 V 158 consid. 1). 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), étant rappelé que l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage est 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). Dès lors, 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).

E. 8

Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un diagnostic médical pertinent soit posé par un spécialiste et que soit mise en évidence une diminution importante de la capacité de travail (et de gain; ATF 127 V 299). Ainsi, 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. L'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office AI, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'AI (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge

de première ou de dernière instance (VSI 1997, p. 318 consid. 3b; Stéphane BLANC, La procédure administrative en assurance- invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142). Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles

A/2166/2015 - 15/22 - 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 in fine).

E. 9

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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3). 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 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

A/2166/2015 - 16/22 -

E. 10

En premier lieu, il convient d'examiner les rapports médicaux versés au dossier et leur valeur probante afin de déterminer s'il se justifie de mettre sur pied une nouvelle expertise pluridisciplinaire ainsi que le requiert la recourante. S'agissant de la période du 12 avril au

31 décembre 2005, il n'est pas contesté que l'assurée a été dans l'incapacité totale d'exercer la moindre activité. S'agissant de la période de janvier 2006 à mai 2008, c'est à tort que l'intimé retient une totale capacité de travail en se basant sur l'expertise du Dr F_____, puisque celle-ci a été expressément écartée par le Tribunal cantonal dans son jugement du 23 juillet 2009. Le Tribunal a nié toute valeur probante à ce rapport, pour les raisons rappelées dans la partie « en fait » du présent arrêt et sur lesquelles la Cour de céans n'entend pas revenir ici. Aucun élément au dossier n'indiquant que l'état de l'assurée se serait amélioré début 2006, il y a lieu de conclure que l'incapacité totale de travail a perduré au-delà de décembre 2005, à tout le moins jusqu'au 13 avril 2006, date à laquelle la Dresse D_____ a admis une capacité de 50% dans une activité adaptée. Suite au jugement du Tribunal, une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique) a été demandée à la PMU, laquelle a rendu son rapport le 21 avril 2010. On constate que les rapports d'examen des experts se fondent sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de l'intéressée, qu'ils tiennent compte des plaintes émises par celle-ci, qu'ils ont été établis en pleine connaissance du dossier et que leurs conclusions, dûment motivées, ne laissent pas apparaître de contradiction. Il y a donc lieu de reconnaître au rapport de la PMU pleine valeur probante ce, d'autant plus que les diagnostics retenus par les experts somaticiens sont corroborés par les autres rapports versés au dossier. Quant aux conclusions de l'expert psychiatre, qui retient un épisode dépressif moyen, elles ne sont remises en question par aucun document postérieur versé à la procédure. Dans ces conditions, il convient de retenir à titre de diagnostics une spondylarthrose L5-S1 sévère, une protrusion discale, une discopathie en L4-L5 et un état dépressif moyen, dont les experts ont précisé qu'ils réduisaient globalement la capacité de travail de 50%. A cet égard, l'avis unilatéral et péremptoire du SMR, consistant à s'écarter des conclusions des experts pour retenir une capacité de 70% au motif que le trouble douloureux chronique ne devrait pas se voir reconnaître de caractère invalidant ne saurait être suivi. En effet, l'expert psychiatre a expressément exclu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux. Quant à celui de trouble douloureux chronique suggéré par le SMR, il n'a été retenu par aucun des experts de la PMU. Au contraire, comme déjà dit, ceux-ci ont pu objectiver des atteintes somatiques sous la forme d'une spondylarthrose qualifiée de sévère, avec une quasi-disparition de l'espace intervertébral, d'une protrusion discale avec possible conflit radiculaire et d'une discopathie lombaire.

A/2166/2015 - 17/22 - Il y a donc lieu de retenir qu'au printemps 2010, date de l'expertise, la capacité de travail de l'assurée n'était que de 50%, ce qui rejoint les conclusions de la Dresse D_____, qui ne les avait pas étayées en détail. On peut certes déplorer un certain flou pour la période d'avril 2006 à avril 2010, date à laquelle les experts se sont prononcés. Cependant, ainsi que cela a été relevé, les conclusions en termes de capacité de travail de la Dresse D_____ rejoignent finalement l'appréciation des experts de la PMU et, dans l'intervalle, aucun autre document médical probant ne permet de conclure à une amélioration ou à une péjoration de l'état de la recourante. Ainsi que l'avait déjà relevé le Tribunal cantonal, les divers rapports du Dr C_____ sont contradictoires dans la mesure où ce médecin, après avoir conclu à une aptitude à 100% dans une profession plus légère (17 mars 2006), s'est ensuite rallié à la capacité résiduelle de travail de 50 % fixée par le maître socio-professionnel sans apporter aucune motivation sur le plan médical (23 mai 2007), avant de se référer à l'appréciation d'un conseiller en personnel de l'OCE non médecin pour admettre une inaptitude totale (27 décembre 2007), puis d'alléguer en audience le 11 décembre 2008, que les troubles dégénératifs de sa patiente ne permettaient aucune capacité

résiduelle de travail, tout en admettant qu'une capacité résiduelle à raison d'une à deux heures par jour pourrait être envisagée. Eu égard à l'ensemble des documents médicaux versés au dossier, il paraît vraisemblable que la capacité résiduelle de 50% évoquée par la Dresse D_____ est demeurée inchangée jusqu'à la date de l'expertise de la PMU, qui l'a confirmée. Dans ces conditions et étant rappelé que la demande de prestations remonte à 2006 déjà et que l'état de la recourante est désormais différent, la Cour de céans renonce à mettre sur pied une nouvelle expertise pour confirmer, a posteriori, le degré de capacité de travail de la recourante entre avril 2006 et avril 2010. En mars 2012, suite à une aggravation signalée en mars 2011 par son médecin-traitant, sous la forme d'un canal lombaire étroit sévère, l'assurée a été expertisée par le Dr M_____, qui a estimé que s'il y avait certes eu péjoration, celle-ci ne justifiait pas une incapacité de plus de 50% dans une activité adaptée. Aucun élément médical ne permettant de jeter le doute sur les conclusions, au demeurant fort bien motivées de l'expert, il y a lieu de se rallier à son avis et d'admettre que la capacité résiduelle de travail de l'assurée dans une activité adaptée a perduré. Cependant, l'examen du Dr M_____, le Dr C_____ a fait état d'une nouvelle aggravation (diminution du canal lombaire de 7 à 5,2 mm), laquelle devait finalement conduire à une opération lourde en octobre 2013. L'intimé reconnaît ladite aggravation (au demeurant également attestée par les Drs O_____ et P_____) et admet qu'elle a entraîné une totale incapacité de travail à compter du 1er mai 2012, ce qui n'est pas contesté. Pour ce qui est de la suite, l'intimé considère que l'état de la recourante s'est vraisemblablement amélioré suite à l'intervention, ce qu'a confirmé son médecin traitant par téléphone, et ce, depuis avril 2014, date à partir de laquelle le

A/2166/2015 - 18/22 - Dr C_____ a considéré que sa patiente avait recouvré une capacité de 50% dans un poste adapté. A cet égard, la recourante, si elle conclut à l'octroi d'une rente entière sans limite dans le temps, ne fait valoir aucun élément médical susceptible de corroborer le fait qu'elle serait restée dans l'incapacité totale de travailler au-delà du mois d'avril 2014. C'est donc à juste titre que l'intimé lui a reconnu une capacité de travail de 50% depuis l'amélioration attendue suite à l'opération et confirmée par le médecin-traitant. En définitive, il ressort de ce qui précède que la capacité de travail de la recourante a évolué depuis 2005 de la manière suivante : - 0% du 12 avril 2005 à avril 2006, - 50% d'avril 2006 à avril 2011, - 0% de mai 2012 à avril 2014, - 50% depuis avril 2014.

E. 11

Il convient à présent de déterminer à quels taux d'invalidité cela correspond et quelles prestations doit se voir reconnaître la recourante. 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 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus,

il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu d'invalidité doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126

A/2166/2015 - 19/22 - 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. Il convient encore de rappeler l'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage. 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). Le juge ne peut dès lors 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). b) A l'issue du délai de carence, soit le 12 avril 2006, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50%. En l'espèce, il ressort des informations données par le dernier employeur de la recourante qu'en 2006, sans atteinte à sa santé, elle aurait réalisé un revenu de CHF 49'200.-, montant qu'il convient de retenir à titre de revenu sans invalidité. Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'Enquête suisse sur la structure des salaires éditée par l'Office fédéral de la statistique (ESS). Ainsi que cela a été dit supra, en 2006, l'assurée aurait pu exercer à mi-temps une activité adaptée. Pour fixer le revenu d'invalidité, il convient de se fonder, conformément à la jurisprudence (ATF 129 V 472 consid. 4.2.1 p. 475), sur le revenu auquel peuvent prétendre les salariés effectuant des activités simples et répétitives (TA1, niveau 4 de qualification). Cette valeur statistique s'applique en principe à tous les assurés qui ne peuvent plus accomplir leur ancienne activité parce qu'elle est physiquement trop astreignante pour leur état de santé, mais qui conservent néanmoins une capacité de travail importante dans des travaux légers. Pour ces assurés, ce salaire statistique est suffisamment représentatif de ce qu'ils seraient en mesure de réaliser en tant qu'invalides dès lors qu'il recouvre un large éventail d'activités variées et

A/2166/2015 - 20/22 - non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (arrêt 9C_692/2015 du 23 février 2016 consid. 3.1 ; arrêt I 171/04 du 1er avril 2005 consid. 4.2, in REAS 2005 p. 240). Selon les données de l'ESS 2006, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant

une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'019.- par mois (valeur médiane). Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 h./sem. en 2006 : La Vie économique, 6-2013 p. 90, table B 9.2). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2006, de CHF 50'278.-, soit, à mi-temps et après réduction de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, de son taux d'occupation réduit et de l'interdiction des mouvements de précision, un revenu d'invalidité de CHF 18'854.- qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit à un degré d'invalidité de 61.68%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente dès avril 2006. c) Puis, de mai 2012 à avril 2014, la capacité de travail de l'assurée a été nulle, de sorte qu'elle s'est confondue avec sa capacité de gain et lui a ouvert droit à une rente entière d'invalidité et ce, à compter du 1er juillet 2012 (art. 88a al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 [RAI - RS 831.201]). d) A compter d'avril 2014, la recourante a recouvré une capacité résiduelle de 50% dans une activité adaptée. En 2014, le revenu avant invalidité se serait élevé à CHF 54'411.- (montant de CHF 49'200.- actualisé, selon l'indice suisse des salaires). Quant au revenu d'invalidité, en l'absence de reprise d'activité in casu, il convient une fois encore de se référer aux salaires statistiques tels qu'ils découlent de l'ESS. Ainsi que cela a été dit supra, en 2014, l'assurée aurait pu exercer à mi-temps une activité adaptée. Selon les données de l'ESS 2010, le revenu mensuel standardisé d'une femme exerçant une activité simple et répétitive s'élevait, tous domaines confondus, à CHF 4'225.- par mois (valeur médiane), ce qui correspond, après actualisation, à un montant de CHF 4'379.- en 2014. Ce salaire hypothétique doit être rectifié pour tenir compte du fait que les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 h./sem., soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises (41,7 h./sem. en 2014). On obtient dès lors, pour un horaire de travail moyen de 41,7 heures (cf. ATF 126 V 81 consid. 7a), un salaire annuel brut, en 2014, de CHF 54'781.-, soit, à mi-temps et après réduction de 25% pour tenir compte de l'âge de l'assurée, de son taux d'occupation réduit et de l'interdiction des mouvements de précision, un revenu d'invalidité de CHF 20'543.- qui, comparé au revenu avant invalidité, conduit

A/2166/2015 - 21/22 - à un degré d'invalidité de 62.24%, ouvrant droit à un trois-quarts de rente dès juillet 2014 (art. 88a al. 1 RAI).

E. 12

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours doit être partiellement admis en ce sens que la recourante se voit reconnaître le droit aux rentes suivantes : - un trois-quarts de rente dès avril 2006, - une rente entière dès juillet, - un trois-quarts de rente dès juillet 2014.

A/2166/2015 - 22/22 -

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant à la forme :

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