

# **GE\_GERICHTE ATAS/513/2011 vom 23. Mai 2011**

GE Cour de justice, 2011-05-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_513\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_513_2011)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/513/2011 du 23 mai 2011

IT: GE\_GERICHTE ATAS/513/2011 del 23 maggio 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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). Dès le 1er janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le A/4256/2010 - 11/21 - Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. b) 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En l'espèce, est litigieuse la période du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008, durant laquelle une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante, dans une activité adaptée, aboutissant à un degré d'invalidité de 42 % et celle à partir du 1er octobre 2009 où une capacité de travail de 50 %, dans une activité adaptée, et un degré d'invalidité de 71 % a été fixé par l'intimé. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrées en vigueur le 1er janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008, ne doivent être prises en considération dans le présent litige que pour les faits postérieurs à leur entrée en vigueur.

### **E. 2**

a) L'art. 69 al. 1 LAI prévoit que les décisions des offices AI cantonaux peuvent faire directement l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du canton de l'office qui a rendu la décision. b) En l'espèce, l'OCAI a communiqué à l'assuré un projet de décision en date du 29 juin 2010, qui a été confirmé par la décision du 11 novembre 2010, contre laquelle l'assuré a interjeté directement recours devant le Tribunal de céans le 13 décembre 2010. c) Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, devant l'autorité compétente, le recours est en conséquence recevable (art. 56 ss LPGA).

### **E. 3**

Il convient préalablement de constater que la recourante n'a pas d'intérêt digne de protection à contester le taux d'invalidité de 71 % reconnu depuis le 1er octobre 2005 dès

lors que ce dernier lui permet de continuer à bénéficier de la rente entière d'invalidité qui lui a été allouée depuis le 1er juillet 2008 sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Il ne sera en conséquence pas entré en matière sur ce grief (ATF 115 V 418 ; 119 V 173 ; ATF du 7 juin 2001 I 416/01). La période litigieuse est ainsi limitée à celle du 2 novembre 2004 au 31 mars 2008 durant laquelle une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante aboutissant à un degré d'invalidité de 42 %.

A/4256/2010 - 12/21 -

#### **E. 4**

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 (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). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

#### **E. 5**

a) Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2004, de la novelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4ème révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, valable jusqu'au 31 décembre 2007 (aLAI) est la suivante : «1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.». b) Selon l'art. 29 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA) (let. b). c) Selon l'art. 88a RAI, en vigueur depuis le 1er mars 2004, 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 (al. 1). Si l'incapacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels ou l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité d'un assuré s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (al. 2). d) Une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références). Aux termes de cette

A/4256/2010 - 13/21 - disposition, si l'invalidité d'un bénéficiaire de rente se modifie de manière à influencer le droit à la rente, celle-ci est, pour l'avenir, augmentée, réduite ou supprimée.

## **E. 6**

a) Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être déterminé sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). La comparaison des revenus s'effectue, en règle générale, 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. 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). b) La notion de marché équilibré du travail est une notion théorique et abstraite qui sert de critère de distinction entre les cas tombant sous le coup de l'assurance- chômage et ceux qui relèvent de l'assurance-invalidité. Elle implique, d'une part, un certain équilibre entre l'offre et la demande de main d'oeuvre et, d'autre part, un marché du travail structuré de telle sorte qu'il offre un éventail d'emplois diversifiés, tant au regard des exigences professionnelles et intellectuelles qu'au niveau des sollicitations physiques (ATF 110 V 273 consid. 4b p. 276; arrêt I 350/89 du 30 avril 1991 consid. 3b, in RCC 1991 p. 329). c) Lorsqu'il s'agit d'examiner dans quelle mesure un assuré peut encore exploiter économiquement sa capacité de gain résiduelle sur le marché du travail entrant en considération pour lui, on ne saurait subordonner la concrétisation des possibilités de travail et des perspectives de gain à des exigences excessives; l'examen des faits doit être mené de manière à garantir dans un cas particulier que le degré d'invalidité est établi avec certitude. Il s'ensuit que pour évaluer l'invalidité, il n'y a pas lieu d'examiner si un invalide peut être placé eu égard aux conditions concrètes du marché du travail, mais uniquement de se demander s'il pourrait encore exploiter sa capacité résiduelle de travail lorsque les places de travail disponibles correspondent à l'offre de la main d'oeuvre (arrêt I 198/97 du 7 juillet 1998 consid. 3b et les références, in VSI 1998 p. 293). On ne saurait toutefois se fonder sur des possibilités de travail irréalistes. Ainsi, on ne peut parler d'une activité exigible au sens de l'art. 16 LPGA, lorsqu'elle ne peut être exercée que sous une forme tellement restreinte qu'elle n'existe pratiquement pas sur le marché général du travail ou que son exercice suppose de la part de l'employeur des concessions irréalistes et que, de ce fait, il semble exclu de trouver un emploi correspondant

A/4256/2010 - 14/21 - (arrêts I 350/89 précité consid. 3b; I 329/88 du 25 janvier 1989 consid. 4a, in RCC 1989 p. 328). d) D'après ces critères, il y a lieu de déterminer dans chaque cas et de manière individuelle si l'assuré est encore en mesure d'exploiter une capacité de travail résiduelle sur le plan économique et de réaliser un salaire suffisant pour exclure une rente. Ni sous l'angle de l'obligation de diminuer le dommage, ni sous celui des possibilités qu'offre un marché du travail équilibré aux assurés pour mettre en valeur leur capacité de travail résiduelle, on ne saurait exiger d'eux qu'ils prennent des mesures incompatibles avec l'ensemble des circonstances objectives et subjectives (arrêt

9C\_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2 in fine et la référence).

#### **E. 7**

a) 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 (ESS) 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). b) Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

#### **E. 8**

a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être

A/4256/2010 - 15/21 - 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 (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a). 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). b) 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). c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Etant 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

A/4256/2010 - 16/21 - l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). d) Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références). e) En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29

al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

#### **E. 9**

a) En l'espèce, la Cour de céans constate que les rapports médicaux au dossier concordent sur l'estimation d'une capacité de travail totale de la recourante depuis le 2 novembre 2004 dans une activité adaptée, autre que celle de secrétaire (avis du Dr C\_\_\_\_\_ des 2 novembre 2004 et 13 juillet 2006, du Dr D\_\_\_\_\_ du 11 mars 2005, de la Dresse B\_\_\_\_\_ du 21 juillet 2005, des Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ du 16 mai 2007, du Dr K\_\_\_\_\_ des 29 avril 2008 et 28 février 2011 et du Dr R\_\_\_\_\_ du 8 mars 2010). L'affirmation de la recourante selon laquelle elle ne pouvait, depuis le 2 novembre 2004, mettre en valeur sa capacité résiduelle de travail n'est ainsi étayée par aucune pièce.

A/4256/2010 - 17/21 - En particulier, le récent avis du Dr K\_\_\_\_\_ du 28 février 2011 selon lequel une activité adaptée, peut-être à 50 %, était possible entre mai 2006 (date de sa prise en charge) et février 2008 ne permet pas de remettre en cause l'estimation médicale concordante précitée d'une capacité de travail entière de la recourante dans une activité adaptée depuis le 2 novembre 2004. Le Dr K\_\_\_\_\_ admet d'ailleurs lui-même qu'une activité respectant les limitations fonctionnelles de la recourante était possible. Il invoque cependant le fait qu'une telle activité aurait impliqué un recul social, élément qui sort du champ d'appréciation médicale. S'agissant par la suite de la survenance de l'incapacité de travail totale de la recourante, fixée par le SMR au 1er avril 2008, en raison de l'apparition du conflit sous-acromial gauche, le Dr K\_\_\_\_\_ a fourni des précisions médicales le 28 novembre 2011. Il confirme cette date dans la mesure où elle correspond en effet à une aggravation de la symptomatologie de l'épaule gauche, ayant entraîné une indication opératoire le 8 avril 2008 mais relève que depuis le 11 février 2008, l'incapacité de travail était déjà totale en raison de cruralgie droite, cumulée avec les pathologies de l'épaule et du poignet droit. Cet avis, détaillé et convaincant, permet de retenir la survenance d'une incapacité totale de travail depuis le 11 février 2008 déjà, en lieu et place du 1er avril 2008, ce d'autant que le Dr R\_\_\_\_\_ a considéré dans son rapport du 8 mars 2010 que les lombocruralgies droites avaient une répercussion durable sur la capacité de travail et qu'il n'a pas remis en cause l'aggravation de février 2008, mentionnée par le Dr K\_\_\_\_\_ et que le SMR a finalement admis, dans son avis du 12 avril 2011, que l'incapacité de travail totale avait bien débuté en février 2008 et non pas en avril 2008. b) La recourante fait encore valoir qu'elle a subi des incapacités de travail temporaire dont l'intimé n'aurait pas tenu compte, soit : - Du 11 mai au 13 juillet 2005 à 100 % et du 14 juillet au 22 août 2005 à 50 % attestée par la Dresse B\_\_\_\_\_ en raison d'une intervention du

#### **E. 11**

mai 2005. - Du 10 janvier au 19 février 2006 à 100 % attestée par le Dr S\_\_\_\_\_, en raison d'une intervention chirurgicale du 10 janvier 2006; - Du 14 juin au 30 septembre 2007 à 100 % attestée par le Dr J\_\_\_\_\_ en raison d'une cure chirurgicale du 14 juin 2007. En application de l'art. 88a RAI précité, la modification du droit à la rente intervient lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois sans interruption notable. A cet égard, l'incapacité de travail totale invoquée du 10 janvier au 19 février 2006 n'est pas pertinente dès lors qu'elle est d'une durée inférieure à trois mois. Tel est

A/4256/2010 - 18/21 - également le cas de l'incapacité de travail totale du 11 mai au 13 juillet 2005. En revanche, il est établi par la Dresse B \_\_\_\_\_ que la recourante a subi une incapacité de travail à 50 % pendant la période du 11 mai au 22 août 2005 soit pendant 3 mois et 11 jours et par le Dr J \_\_\_\_\_ à 100 % du 14 juin au 30 septembre 2007 soit pendant 3 mois et 16 jours. Le SMR a admis l'existence de ces incapacités de travail passagères, tout en relevant que les interventions chirurgicales en cause n'avaient pas eu de conséquences durables (avis du 12 avril 2011). Il convient ainsi de reconnaître que la recourante a présenté une incapacité de travail de 50 % du 11 mai au 22 août 2005 et une incapacité de travail totale du 14 juin au 30 septembre 2007, soit toutes deux d'une durée supérieure à trois mois ainsi qu'une incapacité de travail totale depuis le 11 février 2008 en lieu et place du 1er avril 2008, de sorte que son droit à la rente d'invalidité doit être modifié en conséquence (cf. infra consid. 11). c) La recourante conteste encore, d'une part, le revenu sans invalidité, lequel était en réalité de 78'000 fr. en 2002 (soit 6'500 fr. par mois selon le contrat avec l'Hospice Général) soit de 79'830 fr. en 2004 (indexé) et, d'autre part, le calcul du revenu d'invalidité, une déduction globale de 20 % au moins devant lui être appliquée. A cet égard, l'intimé a pris en compte un revenu sans invalidité de 75'400 fr. en 2004 en se référant au revenu brut sans invalidité établi par la SUVA dans sa décision du 8 août 2007 (cf. rapport de la réadaptation professionnelle des 23 octobre 2008 et 4 mai 2010). Or, dans la décision précitée, la SUVA a pris en compte un revenu mensuel sans invalidité en 2007 de 6'610 fr., soit annuel de 79'320 fr. et non pas de 75'400 fr. Le degré d'invalidité de 43 % résulte d'ailleurs de la perte de gain entre un revenu sans invalidité de 79'320 fr. et un revenu d'invalidité exigible de 45'000 fr. Ce revenu sans invalidité de 79'320 fr. correspond en outre au salaire 2002 convenu dans le contrat de travail signé par l'assurée avec X \_\_\_\_\_ SA, soit 78'000 fr., indexé en 2007 (+1,7 % selon La vie économique 1/2 2010 p. 95). Il convient en conséquence de rectifier le montant du revenu d'invalidité et de le fixer à 78'702 fr. pour l'année 2004 soit 78'000 fr. indexé en 2004 (+ 0,9 % selon La vie économique op. cit.). S'agissant du revenu d'invalidité et plus particulièrement de la déduction globale, l'intimé, en appliquant un taux de 10 %, a tenu compte des limitations fonctionnelles de l'assurée, celle-ci - âgée de 47 ans au jour de la décision litigieuse, de nationalité suisse et présentant une capacité de travail totale dans une activité adaptée - ne pouvant prétendre à l'application d'autres critères déterminants au sens de la jurisprudence précitée. Cependant, le nouveau calcul qui résulte de la prise en compte du revenu sans invalidité de 78'702 fr. ne modifie pas le droit à la rente de l'assurée dès lors que le

A/4256/2010 - 19/21 - degré d'invalidité, compte tenu d'une activité adaptée exigible à 100 % est de 44,4 % au lieu de 42 % et, compte tenu d'une activité exigible à 50 %, de 72,2 % au lieu de 71 %. 10. a) Au vu de ce qui précède, le droit à la rente d'invalidité de la recourante, pour la période litigieuse, doit être fixé comme suit : - Rente d'invalidité de un quart du 1er février au 31 août 2005 (degré d'invalidité de 44,4 %). - Rente d'invalidité entière du 1er septembre au 30 novembre 2005 (degré d'invalidité de 72,2 %). - Rente d'invalidité de un quart du 1er décembre 2005 au 30 septembre 2007 (degré d'invalidité de 44,4 %). - Rente d'invalidité entière du 1er octobre au 31 décembre 2007 (degré d'invalidité de 100 %). - Rente d'invalidité de un quart du 1er janvier au 31 mai 2008 (degré d'invalidité de 44,4 %). - Rente d'invalidité entière dès le 1er juin 2008. b) La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le

refus de prestations de l'AI devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Un émolument de 200 fr. sera ainsi mis à la charge de l'intimé qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI) ainsi qu'une indemnité de 2'000 fr. en faveur de la recourante.

A/4256/2010 - 20/21 - 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.