

GE_GERICHTE ATAS/526/2011 vom 25. Mai 2011

GE Cour de justice, 2011-05-25, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_526_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/526/2011 du 25 mai 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/526/2011 del 25 maggio 2011

Erwägungen

E. 26

Dans sa réponse du 14 décembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours. Il relève que le calcul du degré d'invalidité est fondé sur la méthode mixte et que les empêchements rencontrés dans la sphère ménagère résultent de l'enquête ménagère. Or, après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élève à 37,5 %.

E. 27

Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT 1. 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 Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Sur le plan matériel, 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 litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127

A/3898/2010 - 10/20 - V 467 consid. 1 et les références). En l'occurrence, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5ème révision de la LAI), entrées en vigueur le 1er janvier 2008 (à l'exception de l'art. 68quater entré en vigueur rétroactivement le 1er juillet 2007), sont applicables. Cela étant, s'agissant de l'évaluation de l'invalidité et de l'échelonnement des rentes, cette nouvelle n'a pas apporté de modifications substantielles (cf. Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité [5ème révision], du 22 juin 2005, FF 2005 4215, p. 4322). 3. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut en principe pas être prononcé (ATF 125 V 413 consid. 1a p. 414; 119 Ib 33 consid. 1b p. 36 et les références citées). Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, la procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue, pour des motifs d'économie de

procédure, à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun, et à la condition que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins (ATF 122 V 34 consid. 2a p. 36 et les références). 4. En l'espèce, le litige porte sur le degré d'invalidité de la recourante, plus particulièrement sur le calcul du degré d'invalidité. Celle-ci considère en effet que son degré d'invalidité s'élève en réalité à 50 % . 5. 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). 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). Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi

A/3898/2010 - 11/20 - objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). A teneur de l'art. 28 al. 1 LAI, dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008, l'assuré a droit à une rente d'invalidité aux conditions suivantes : sa capacité de gain ou sa capacité d'accomplir ses travaux habituels ne peut pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles (let. a) ; il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable (let. b) ; au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (let. c). Il y a interruption notable de l'incapacité de travail lorsque l'assuré a été entièrement apte au travail pendant trente jours consécutifs au moins (art. 29ter RAI). Selon l'art. 28 al. 2 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 (5ème révision AI), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à trois quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 aLAI teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007). Conformément à l'art. 29 al. 1 aLAI, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date à laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40 % au moins (art. 7 LPGA) ou lorsqu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40 % au moins pendant une année sans interruption notable (art. 6 LPGA). Depuis le 1er janvier 2008, l'art. 29 al. 1 LAI dispose que le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18ème anniversaire de l'assuré. 6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement 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

sont raisonnablement exigibles de la part 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

A/3898/2010 - 12/20 - 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 ainsi 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). Le juge ne s'écarte 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 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). 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 ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Enfin, le juge des assurances sociales 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. Selon la jurisprudence et la doctrine, l'autorité administrative ou le juge ne doit considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition Berne 1984, p. 136 ; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278 ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement

A/3898/2010 - 13/20 - 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. 5 let. b 125 V 195 consid. ch. 2 et les références). 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). 7. En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante, suite à une mastectomie du sein gauche en juillet 2005, a subi plusieurs incapacités de travail oscillant entre 100 % et 50 %.

Selon le dossier médical, les incapacités de travail suivantes ont été prescrites : - 100 % du 4 octobre au 4 novembre 2006 - 50 % du 5 novembre 2006 au 3 décembre 2006 - 100 % du 14 janvier 2007 au 20 janvier 2007 - 100 % du 14 avril 2007 au 13 mai 2007 - 100 % du 10 mai 2007 au 9 juin 2007 - 100 % du 21 juillet 2007 au 27 juillet 2007 - 50 % dès le 28 juillet 2007 - 100 % du 14 janvier 2008 au 20 janvier 2008 - 100 % du 14 avril 2008 au 10 mai 2008 - 50 % dès le 8 septembre 2008 - 100 % dès le 27 juillet 2009. Selon l'attestation de l'employeur du 3 juin 2008, la recourante a été en incapacité de travail à 100 % dès le 10 mai 2007, 50 % du 17 juin 2007 au 18 août 2007, 100 % du 26 octobre 2007 au 11 novembre 2007 et 100 % du 14 avril 2008 au 10 mai 2008. Sur le plan médical, le Dr Q_____, médecin traitant, considère que la recourante présente une capacité de travail de 50 %, soit 4 heures par jour maximum depuis 2008. L'activité habituelle, qui avait été adaptée à l'état de santé de la recourante, était encore exigible en 2008, ce qui n'a plus été le cas depuis juillet 2009, date à laquelle il a dû mettre sa patiente en arrêt de travail à 100 %. Son poste de travail adapté a en effet été supprimé et elle a dû réintégrer la vente, ce

A/3898/2010 - 14/20 - qui a entraîné une recrudescence des douleurs du bras et de la jambe gauches. Finalement, l'assurée a été licenciée. L'appréciation des Dresses P_____ et R_____ quant à la capacité de travail se rapproche de celle du médecin traitant, dans la mesure où elles considèrent que la recourante présente une capacité de travail dans l'activité habituelle adaptée de 40 % (soit 50 % du 80 %).

Quant au médecin du SMR, du point de vue ostéoarticulaire, il considère qu'une incapacité de travail ne se justifie pas et que la recourante est capable de travailler à 100 % dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles, sans diminution de rendement. Selon le Dr T_____, l'activité habituelle de vendeuse en parfumerie lui semble pouvoir respecter les limitations fonctionnelles ou facilement adaptable. Cette dernière appréciation est toutefois remise en cause par tous les autres médecins qui se sont prononcés sur la capacité de travail résiduelle, étant précisé que l'activité habituelle, qui avait été aménagée par l'employeur pour tenir compte de l'état de la recourante, a été supprimée. En définitive, la recourante n'a plus été à même d'accomplir son activité de vendeuse en parfumerie et finalement elle a été licenciée. La Cour de céans constate que les diagnostics posés par les médecins sur le plan somatique sont les mêmes, de même que la plupart des limitations fonctionnelles. En revanche, l'appréciation du SMR et des autres médecins qui se sont prononcés quant aux conséquences de l'état de santé sur la capacité de travail de la recourante diverge fondamentalement. A cet égard, il y a lieu de relever que l'avis du SMR apparaît isolé. La Cour de céans relève aussi que contrairement à ce que soutient le SMR, l'activité habituelle de vendeuse n'est pas adaptée, au vu des limitations fonctionnelles, ce qui s'est d'ailleurs vérifié lorsque la recourante a dû reprendre la vente. Par conséquent, l'avis unanime des différents médecins sont de nature à mettre sérieusement en doute l'appréciation du SMR. Sur le plan psychiatrique enfin, l'expert, qui n'a pas retenu le

diagnostic de trouble somatoforme douloureux mais celui notamment d'état dépressif majeur de gravité moyenne, est d'avis que la recourante devrait être en mesure d'exercer une activité médico-théorique à 50 % sur la base d'un plein temps depuis juillet 2008, l'activité habituelle étant encore exigible. Le Dr U _____ relève que son appréciation correspond à l'évaluation globale émise par le Dr Q _____ dans son rapport du 18 janvier 2010. Ces conclusions, corroborées au demeurant par le Dr V _____, psychiatre traitant, ne sont pas contestées par la recourante. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère qu'il se justifie de retenir que la recourante présente globalement une incapacité de travail durable de 50 % dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, ce depuis juillet 2008. 8. Reste à déterminer la méthode d'évaluation de l'invalidité et le taux d'invalidité.

A/3898/2010 - 15/20 - En l'occurrence, il n'est pas contesté que la recourante exerçait une activité lucrative à 80 % et que, sans invalidité, elle aurait continué à travailler dans la même proportion et consacré le reste de son temps, à savoir 20 %, à l'accomplissement des tâches ménagères. C'est par conséquent à juste titre que l'intimé a retenu le statut d'active à temps partiel. a) L'invalidité d'un assuré qui n'exerce que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus ou selon la méthode extraordinaire d'évaluation. S'il se consacre en outre à ses travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question. C'est la méthode mixte d'évaluation de l'invalidité (depuis le 1er janvier 2004: art.

E. 28

al. 2ter LAI en corrélation avec les art. 27bis RAI et 16 LPGA, ainsi que l'art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA ; depuis le 1er janvier 2008 : art. 28a al. 1 et 3 LAI en corrélation avec les art. 16 LPGA et 27bis RAI). b) En ce qui concerne l'incapacité d'accomplir les travaux habituels, l'enquête ménagère effectuée au domicile de l'assuré constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans ce domaine. Pour déterminer la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de l'assuré et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin le contenu doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place (arrêt 9C_313/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.1). De plus, le total des activités ménagères doit toujours se monter à 100% (VSI 1997 p. 298). Comme lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 16 LPGA, la fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait reposer sur une évaluation médico- théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste en l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel ne peut être déterminé que compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère (arrêt du 28 février 2003 en la cause S.-P., I 685/02, déjà cité). Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les

déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il faut faire

A/3898/2010 - 16/20 - procéder par un médecin à une estimation des empêchements que l'intéressé rencontre dans ses activités habituelles (VSI 2001 p. 158 consid. 3c). La recourante conteste le pourcentage retenu par l'intimé à titre d'incapacité à exercer ses travaux habituels. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, une enquête ménagère effectuée au domicile de la personne assurée constitue en règle générale une base appropriée et suffisante pour évaluer les empêchements dans l'accomplissement des travaux habituels. En ce qui concerne la valeur probante d'un tel rapport d'enquête, il est essentiel qu'il ait été élaboré par une personne qualifiée qui a connaissance de la situation locale et spatiale, ainsi que des empêchements et des handicaps résultant des diagnostics médicaux. Il s'agit en outre de tenir compte des indications de la personne assurée et de consigner les opinions divergentes des participants. Enfin, le contenu du rapport doit être plausible, motivé et rédigé de façon suffisamment détaillée en ce qui concerne les diverses limitations et correspondre aux indications relevées sur place. Lorsque le rapport constitue une base fiable de décision, le juge ne saurait remettre en cause l'appréciation de l'auteur de l'enquête que s'il est évident qu'elle repose sur des erreurs manifestes (ATF 128 V 93). Le seul fait que la personne désignée pour procéder à l'enquête se trouve dans un rapport de subordination vis-à-vis de l'office AI ne permet pas encore de conclure à son manque d'objectivité et à son parti pris. Il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité de l'évaluation (à propos des rapports et expertises des médecins internes des assurances, cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Il sied par ailleurs de rappeler que pour satisfaire à l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c et les références), une personne qui s'occupe du ménage doit faire ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elle afin d'améliorer sa capacité de travail et réduire les effets de l'atteinte à la santé; elle doit en particulier se procurer, dans les limites de ses moyens, l'équipement ou les appareils ménagers appropriés. Si l'atteinte à la santé a pour résultat que certains travaux ne peuvent être accomplis qu'avec peine et nécessitent beaucoup plus de temps, on doit néanmoins attendre de la personne assurée qu'elle répartisse mieux son travail (soit en aménageant des pauses, soit en repoussant les travaux peu urgents), et qu'elle recoure, dans une mesure habituelle, à l'aide des membres de sa famille. La surcharge de travail n'est déterminante pour le calcul de l'invalidité que lorsque la personne assurée ne peut, dans le cadre d'un horaire normal, accomplir tous les travaux du ménage et a par conséquent besoin, dans une mesure importante, de l'aide d'une personne extérieure qu'elle doit rémunérer à ce titre (RCC 1984 p. 143 consid. 5). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce qu'on peut attendre de celles-ci, si la personne assurée n'est pas atteinte dans sa santé (arrêt non publié C. du 8 novembre 1993, I 407/92; arrêt S. du

A/3898/2010 - 17/20 - 11 août 2003, I 681/02). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance. Le cas échéant, il peut en résulter une image déformée de l'état de santé réel de la personne assurée (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222). En l'espèce, la Cour de céans n'a aucun motif de s'écarter de l'évaluation des empêchements rencontrés dans le ménage résultant de l'enquête ménagère. En effet,

l'enquêtrice a tenu compte des difficultés rencontrées par la recourante, mais aussi de l'aide apportée par le mari. Par conséquent, il convient d'admettre, avec l'intimé, que les empêchements rencontrés dans la sphère ménagère aboutissent à un degré d'invalidité de 29 % . c) Pour fixer le revenu sans invalidité de la recourante, il faut établir ce que celle-ci aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir en 2009, date de l'ouverture éventuel du droit à la rente - déterminante pour la comparaison des revenus (ATF 129 V 222 consid. 4.1 p. 223, 128 V 174) -, si elle n'était pas invalide. Le revenu sans invalidité doit être évalué de la manière la plus concrète possible; c'est pourquoi il se déduit en principe du salaire réalisé en dernier lieu par l'assuré avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG], 1997, p. 205-206). Suivant le questionnaire rempli par l'employeur de la recourante le 3 juin 2008, celle-ci a réalisé en 2007 un revenu annuel de 52'103,90 fr., arrondi à 52'104 fr., treizième salaire compris. En 2008, de janvier à juin 2008, elle a perçu 24'031,80 fr., le salaire mensuel étant le même (4'000 fr.), sauf pour le mois de mars (4'031,80). Il y a lieu ainsi d'admettre qu'elle aurait perçu à tout le moins le même salaire annuel qu'en 2007, soit en 2009, après indexation à l'évolution des salaires (indice 2266) 53'207 fr. 60. Pour déterminer le revenu d'invalide de l'assurée, il convient en l'absence d'un revenu effectivement réalisé de se référer aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb p. 76). Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée de type industriel, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 3 in casu compte tenu du CFC) dans le secteur privé, soit en 2008, 5'095 fr. par mois ou 61'140 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires - ESS 2008, TA1). Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2008 (41,6 heures; la Vie économique, 7- 8/2010, p. 90, B

A/3898/2010 - 18/20 - 9.2), ce montant doit être porté à 65'585,60, arrondi à 65'586 fr. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année déterminante, en l'occurrence 2009 (+ 2,1 %, Evolution des salaires 1976 - 2009), on obtient un revenu annuel de 66'921 fr. 30, qu'il convient de ramener à 33'460 fr. 65 fr. pour tenir compte de la capacité résiduelle de travail de 50 % de l'assurée. Conformément à la jurisprudence, il convient encore d'appliquer un facteur de réduction sur le salaire statistique qui tient compte de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (ATF 126 V 75 consid. 5 p. 78). En l'espèce, compte tenu des limitations fonctionnelles, la recourante ne peut exercer qu'une activité adaptée à temps partiel, ce qui la désavantage par rapport à des travailleuses en pleine possession de leur capacité de travail. Enfin, la recourante était âgée de 53 ans en 2009. La Cour de céans considère qu'une réduction de 10 % du salaire statistique apparaît en l'état justifiée, de sorte que le revenu d'invalide doit être fixé en définitive à 30'114 fr. 65. La perte de gain s'élève à 23'092 fr. 95, arrondi à 23'093 fr. Le degré d'invalidité dans la part consacrée à l'activité lucrative s'élève dès lors à 43 %. Au vu de ce qui précède, le degré d'invalidité global s'établit comme suit : $[(43 \% \times 0.8) + (29 \% \times 0.2)] = 34,4 + 5,8 = 40,2 \%$, arrondi à 40 % (ATF 130 V 122). Conformément à l'art. 28 al. 2 LAI, un degré d'invalidité de 40 % au moins ouvre droit à un quart de rente d'invalidité. 9. La 5ème révision a modifié les règles relatives à la naissance du droit à la rente. En effet, selon l'art.

29 al. 1 LAI, pour autant que les conditions du droit soient réunies (art. 28 al. 1 LAI), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations. En l'occurrence, compte tenu de la demande déposée en date du 15 mai 2008 et de l'échéance du délai d'attente en juillet 2009, la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité dès le 1er juillet 2009. Le recours est ainsi partiellement admis. 10. Au vu de l'issue du litige, l'intimée est condamné à payer à la recourante, représentée par un avocat, une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour de céans fixe en l'espèce à 1'500 fr. (art. 61 let. g LPGA ; 89 H al. 3 de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

A/3898/2010 - 19/20 - 11. L'émolument, que la Cour de céans arrête à 500 fr. est mis à la charge de l'intimé, qui succombe (cf. art. 69 al.1bis LAI).

A/3898/2010 - 20/20 - 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.