

GE_GERICHTE ATAS/986/2011 vom 19. Oktober 2011

GE Cour de justice, 2011-10-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_986_2011

FR: GE_GERICHTE ATAS/986/2011 du 19 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE ATAS/986/2011 del 19 ottobre 2011

Erwägungen

E. 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). Depuis le 1er janvier 2011, cette compétence est revenue 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.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales et notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, 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 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; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). Il y a lieu de rappeler à cet égard que les définitions de l'incapacité de travail, de l'incapacité de gain, de l'invalidité, de la méthode de comparaison des revenus et de la révision (de la rente d'invalidité et d'autres prestations durables) contenues dans la LPGA correspondent aux notions

A/3042/2010 - 12/22 - précédentes dans l'assurance-invalidité telles que développées par la jurisprudence (ATF 130 V 343). En l'espèce, la décision litigieuse datant du 9 juillet 2010 est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA et des modifications de la LAI relatives à la 4ème et à la 5ème révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008. Cependant, les faits pertinents remontent jusqu'en 2001. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et, après le 1er janvier 2003, respectivement le 1er janvier 2004 et le 1er janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème et la 5ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). En revanche, en ce qui concerne les règles de procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 71 consid. 6b; 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

E. 3

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours dans le délai de 30 jours suivant leur notification (art. 56 al. 1 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision litigieuse a été reçue par la recourante en date du 13 juillet 2010. Le délai de recours a commencé à courir le 14 juillet 2010 et est parvenu à échéance le lundi 13 septembre 2010. En effet, selon l'art. 38 al. 4 LPGA applicable par analogie (cf. art. 60 al. 2 LPGA), les délais ne courent pas du 15 juillet au 15 août inclusivement. Le recours, déposé le 13 septembre 2010, a dès lors été interjeté en temps utile. Déposé par ailleurs en la forme requise, le recours est ainsi recevable (art. 89B loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10).

E. 4

Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a considéré que la recourante avait droit à une rente entière d'invalidité limitée dans le temps du 1er juin 2002 au 31 janvier 2005, puis à un quart de rente dès le 1er février 2005, singulièrement si à compter du 1er novembre 2004 la recourante a recouvré une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée. La rente entière d'invalidité accordée à la recourante du 1er juin 2002 au 31 janvier 2005 n'est pas contestée, de sorte qu'elle pourra être maintenue. Il appartiendra en revanche à la Cour de céans de trancher la question de l'éventuel droit à la rente de la recourante à partir du 1er février 2005.

E. 5

Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit la réduction ou

A/3042/2010 - 13/22 - l'augmentation 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; VSI 2001 p. 157 consid. 2). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'article 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5, 113 V 275 consid. 1a; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b, ATFA non publié du 28 décembre 2006, I 520/05, consid 3.2).

E. 6

a) 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 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 al. 1er LPGA). Selon le texte de la loi en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. Ce moment doit être déterminé objectivement, d'après l'état de santé de l'assuré ; des facteurs externes fortuits n'ont pas d'importance. Il ne dépend en particulier ni de la date à laquelle une demande a été présentée, ni de celle à partir de laquelle une prestation a été requise, et ne coïncide pas non plus nécessairement avec le moment où l'assuré apprend, pour la première fois, que

l'atteinte à sa santé peut ouvrir droit à des prestations d'assurance (ATF 126 V 5 consid. 2b). S'agissant du droit à une rente, la survenance de l'invalidité se situe au moment où il prend naissance, conformément à l'art. 29 al. 1er LAI, soit dès que l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins ou dès qu'il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable, mais au plus tôt le premier jour du mois qui suit le dix-huitième anniversaire de l'assuré (art. 29 al. 2 aLAI ; ATF 126 V 5 consid. 2b et les références). Avec l'entrée en vigueur depuis le 1er janvier 2008 de la nouvelle LAI, l'invalidité est réputée survenue, selon l'art. 4 al. 2 LAI, dès qu'elle est, par sa nature et sa gravité, propre à ouvrir droit aux prestations entrant en considération. À teneur de l'art. 29 LAI, le droit à une rente d'invalidité 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. 1er LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

A/3042/2010 - 14/22 - b) Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2003, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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 ; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur du 1er janvier 2004 au 31 décembre 2007, 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. En vertu de l'art. 28 al. 1er LAI dans sa teneur en vigueur depuis 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 du Règlement sur l'assurance- invalidité du 17 janvier 1961 - RAI ; RS 831.201). L'art. 28 al. 2 LAI dispose que 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.

E. 7

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir.

L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH - Bâle, 2000, p. 268). Dans l'assurance-invalidité, 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

A/3042/2010 - 15/22 - 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 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1 in fine).

E. 8

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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. Peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci ne remplit pas les conditions nécessaires à lui reconnaître toute valeur probante (elle contient des contradictions ou est incomplète). 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 118 V 290 consid. 1b; ATF 112 V 32 et les références).

E. 9

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 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).

E. 10

En l'espèce, pour fonder sa décision, l'intimé s'est appuyé sur les conclusions de son service médical et du Dr W_____. Il a retenu que la recourante disposait d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès le 1er novembre

A/3042/2010 - 16/22 - 2004, sa capacité de travail demeurant toutefois nulle depuis l'accident dans son activité habituelle de nettoyeuse. La recourante a contesté le taux de 60% retenu par l'intimé à compter du 1er novembre 2004 et indiqué que, son état de santé n'étant pas encore stabilisé, elle n'avait pas recouvré de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée, laquelle ne pourrait en tout état de cause pas dépasser 50%.

E. 11

Le Dr W _____ a réalisé une expertise rhumatologique le 11 décembre 2008 à la demande de l'intimé. Au terme de son analyse, il est parvenu à la conclusion claire que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis l'accident du 13 juin 2001 dans son activité professionnelle habituelle de nettoyeuse. Par contre, dans une activité adaptée respectant ses limitations fonctionnelles, la capacité de travail exigible était de 5 heures par jour avec une diminution de rendement de 10%. Interrogé par la Cour de céans sur la date à partir de laquelle cette capacité de travail était exigible, l'expert a mis en exergue la difficulté de se prononcer sur des capacités de travail passées hors des périodes opératoires, seul le chirurgien orthopédiste ayant vu la patiente étant capable de le faire. Il a néanmoins estimé que la recourante était apte à une reprise de travail dans une activité adaptée dès le printemps 2008. En effet, son état de santé s'était très vraisemblablement consolidé à cette période, dès lors qu'en décembre 2007, le Dr C _____, chirurgien orthopédiste, mentionnait un état stationnaire, mais sans consolidation, suite à l'opération du 3 octobre 2006. Selon l'expert, en décembre 2007 en tout cas, l'assurée ne pouvait dès lors pas être apte à la reprise du travail au vu du risque d'aggravation. Il n'y avait par contre plus d'historique médical au dossier par la suite, de sorte que la date à partir de laquelle une activité professionnelle était exigible se situait entre décembre 2007, date du rapport du Dr C _____, et décembre 2008, date de son rapport constatant la consolidation de l'état du genou de l'assurée. La Cour relève que lors de son expertise, le Dr W _____ a procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de la recourante. Pour ce faire, l'expert s'est appuyé sur l'entier du dossier, notamment sur les rapports des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte qu'on ne peut que constater que son rapport se base sur un dossier bien étayé. Une anamnèse complète a été réalisée et le rapport d'une quinzaine de pages est circonstancié. L'état de santé de la recourante a fait l'objet d'examens approfondis, ses plaintes ont été prises en compte et le médecin a procédé à une discussion et une appréciation du cas détaillée. Selon les médecins du SMR, en particulier les Drs S _____ et A _____, la recourante présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 14 juin 2001, ce de façon permanente. En revanche, dans une activité adaptée de type sédentaire, en position assise tout en pouvant varier à sa guise les

A/3042/2010 - 17/22 - positions, la capacité de travail était estimée à 60% depuis novembre 2004, soit un an après l'intervention sur le genou du 29 octobre 2003. Le Dr T _____, dans son rapport d'expertise du 12 septembre 2005, a indiqué que la capacité de travail était nulle dans une profession en permanence debout, telle que celle préalablement exercée.

E. 12

La Cour de céans relève qu'en définitive, les différents médecins s'accordent pour retenir une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle de nettoyeuse dès l'accident, mais par la suite de l'ordre de 60% dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. En effet, ainsi que l'intimé l'a relevé à juste titre, une capacité de travail de 5 heures par jour avec une

diminution de rendement d'environ 10% équivaut à une capacité de travail de 60%. La recourante ne conteste du reste pas cette équivalence. En définitive, le seul point litigieux restant à trancher consiste donc à déterminer depuis quand la recourante dispose d'une capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. A cet égard, la Cour de céans souligne que le 3 octobre 2006, la recourante a subi une quatrième opération du genou à la suite de laquelle le Dr U_____, dans son rapport médical du 16 mars 2007, a indiqué que l'intervention s'était compliquée par un retard de consolidation et que la situation de sa patiente n'était pas stabilisée. Le Dr T_____, dans son rapport d'expertise du 12 septembre 2005, avait d'ailleurs indiqué que le traitement médical de la recourante n'était pas terminé et qu'une nouvelle intervention serait nécessaire. Le Dr V_____, du SMR, a estimé dans un avis médical du 30 avril 2007 qu'on pouvait admettre une incapacité totale de travail depuis l'opération du 3 octobre 2006. Néanmoins, la situation médicale pouvant évoluer favorablement, un réexamen devrait être effectué à une année du postopératoire, c'est-à-dire en octobre 2007. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 juin 2007, le Dr C_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, cette dernière présentant une incapacité de travail totale depuis le 3 octobre 2006. Sa guérison était lente, sans consolidation, et une reprise chirurgicale pourrait éventuellement être effectuée dans deux mois.

E. 13

Au vu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a retenu une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée depuis le mois de novembre 2004 déjà. Au contraire, il ressort des différents rapports médicaux que l'état de santé de la recourante n'était pas stabilisé à cette époque et qu'une nouvelle intervention chirurgicale s'est avérée nécessaire en 2006. Au regard des pièces du dossier et ainsi que l'a expliqué de manière convaincante l'expert, la date à partir de laquelle

A/3042/2010 - 18/22 - une activité professionnelle adaptée est exigible de la part de la recourante se situe entre décembre 2007 (date du rapport du chirurgien orthopédiste mentionnant un état stationnaire mais sans consolidation suite à la dernière opération du genou) et décembre 2008 (date du rapport de l'expert mentionnant que la recourante se trouvait alors dans une phase consolidée). En définitive, la Cour de céans considère que la recourante présente une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée depuis le printemps 2008. Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'expert ne pouvant pas être plus précis, la Cour fixera au 1er avril 2008 le début de cette capacité résiduelle de travail. Il convient donc à ce stade de calculer le degré d'invalidité de la recourante à compter du 1er avril 2008.

E. 14

En vertu de l'art. 16 LPGA, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). 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 (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V

222 consid. 4.1, 128 V 174). Le revenu sans invalidité se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce que l'intéressé aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant s'il était en bonne santé (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). 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 non publié du 25 mai 2007, I 428/06 et I 429/06). Quant au revenu d'invalidé, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidé peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'enquête sur la structure des salaires (ci-après : ESS) publiée par l'Office fédéral de la statistique (ci-après : OFS) sur la base de statistiques salariales (ATF 126 V 75 consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des

A/3042/2010 - 19/22 - 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 (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 15

Est déterminante en l'occurrence pour la comparaison des revenus et le calcul du degré d'invalidité l'année 2008, soit le moment à partir duquel la recourante présente une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée. Les revenus avec et sans invalidité doivent donc être déterminés par rapport à cette même année. En ce qui concerne tout d'abord le revenu sans invalidité de la recourante, c'est à tort que l'intimé s'est référé aux données salariales, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires publiées par l'Office fédéral de la statistique, dès lors que ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible. Il résulte ainsi des pièces du dossier que la recourante aurait perçu en 2006 un revenu annuel total de 46'995 fr., correspondant à son revenu de nettoyeuse au sein de l'entreprise X_____ SA. Après indexation à l'évolution des salaires (cf. Statistique de l'évolution des salaires/ Indice suisse des salaires, OFS, tableau T1.39, p. 31), le revenu sans invalidité s'élève à 48'730 fr. pour l'année 2008 ($46'995 \div 2140 \times 2219$). Pour déterminer ensuite le revenu d'invalidé de la recourante, 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). Contrairement à ce qu'allègue la recourante, c'est donc à juste titre que l'intimé s'y est référé. Il convient de préciser que la recourante n'a pas de qualification particulière et a exercé successivement les activités de nettoyeuse, manutentionnaire en blanchisserie et femme de chambre. Compte tenu de l'activité de substitution que pourrait exercer l'assurée dans une activité légère et adaptée, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, soit en 2008, 4'116 fr. par mois

ou 49'392 fr. annuellement (Enquête suisse sur la structure des salaires 2008, p. 11, 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 9.2), ce montant doit être porté à 51'367 fr. 70. 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

A/3042/2010 - 20/22 - consid. 5 p. 78). Pour tenir compte notamment de l'âge de la recourante et du fait que seule une activité légère et à temps partiel serait possible vu les limitations fonctionnelles, l'intimé a procédé à une réduction supplémentaire de 15%, laquelle paraît tout à fait appropriée contrairement aux dires de la recourante (ATFA non publiés du 29 novembre 2006, I 848/05 consid. 5.3.3 et du 4 juin 2004, I 617/03 consid. 5.2). Son revenu avec invalidité s'élève donc en définitive à 43'662 fr. 55 soit, pour une activité exercée à un taux de 60%, à 26'197 fr. 50. Il résulte de ce qui précède qu'à compter du 1er avril 2008, date à partir de laquelle la recourante dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée, sa perte de gain s'élève à 22'532 fr. 50, ce qui correspond à un degré d'invalidité de 46,2%, ouvrant droit à un quart de rente d'invalidité.

E. 16

Dans la mesure où la décision de l'intimé - qui accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et prévoit en même temps la réduction de cette rente - correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA, il convient d'appliquer l'art. 88a al. 1 RAI. Cette disposition prévoit 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. En l'espèce, la recourante dispose d'une capacité de travail de 60% dans une activité adaptée dès le 1er avril 2008. Conformément à la disposition précitée, la rente entière allouée depuis le 1er juin 2002 ne peut pas être réduite avant le 30 juin 2008, de sorte que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité du 1er juin 2002 au 30 juin 2008 et à un quart de rente dès le 1er juillet 2008.

E. 17

La Cour souligne encore que dans la décision litigieuse, l'intimé ne s'est pas prononcé sur le droit éventuel de la recourante à des mesures d'ordre professionnel. Or, la recourante est totalement absente du marché du travail depuis son licenciement en décembre 2001 et les seules activités dans lesquelles elle a de l'expérience, à savoir les activités de nettoyeuse, manutentionnaire en blanchisserie et femme de chambre, ne sont plus exigibles. Ainsi, en raison de la période non négligeable de désintégration professionnelle et de l'impossibilité pour l'assurée de faire appel à son expérience passée, les chances qu'elle a de réintégrer par ses propres moyens le marché du travail semblent particulièrement aléatoires. Il appartiendra donc à l'intimé, cas échéant, de prendre les mesures nécessaires de réintégration dans le circuit économique et d'examiner si des mesures professionnelles entrent en ligne de compte (ATF non publié du 31 janvier 2011, 9C_368/2010). Le fait que le Service de réadaptation de l'intimé ait mentionné des

A/3042/2010 - 21/22 - activités adaptées aux limitations fonctionnelles ne nécessitant pas de qualification particulière (ouvrière à l'établi, employée de conditionnement léger, ouvrière de fabrication de petite mécanique, aide de laboratoire en salle blanche, etc.) n'y change rien.

E. 18

Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis dans le sens des considérants et la décision de l'intimé du 9 juillet 2010 annulée.

E. 19

La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de 3'000 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA).

E. 20

En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1er juillet 2006, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant la Cour de céans est soumise à des frais de justice, lesquels doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de 500 fr.

A/3042/2010 - 22/22 - 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.