

GE_GERICHTE A/273/2009 vom 2. Dezember 2009

GE Cour de justice, 2009-12-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_273_2009

FR: GE_GERICHTE A/273/2009 du 2 décembre 2009

IT: GE_GERICHTE A/273/2009 del 2 dicembre 2009

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 02.12.2009
A/273/2009

A/273/2009 ATAS/1593/2009 du 02.12.2009 (AI) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 27.01.2010, rendu le 27.08.2010, REJETE, 9C_71/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/273/2009 ATAS/1593/2009 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 2 décembre 2009 En la cause Madame G_____, domiciliée à ERLENBACH IM SIMMENTAL recourante contre OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue de Lyon 97, GENEVE intimé EN FAIT Madame G_____ (ci-après l'assurée), née en 1974, de nationalité suisse, est au bénéfice d'un diplôme d'aide familiale. Dès octobre 1995, elle a travaillé à 80% en tant qu'aide familiale auprès de la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (ci-après FSASD). Dès le 10 septembre 2002, l'assurée a été en incapacité de travail totale en raison de douleurs lombaires. Par rapport du 13 décembre 2002, le Dr L_____, spécialiste FMH en radiologie médicale et radiodiagnostique, a constaté que l'assurée présentait une discopathie isolée au niveau L5-S1 avec un pincement prédominant du côté droit et entraînant une réaction inflammatoire. Par rapport du 28 mars 2003, le Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a indiqué suivre l'assurée, à la demande de la Dresse N_____, médecin traitant, pour des lombalgies qui ont nécessité un arrêt de travail dès le 10 septembre 2002 et qui persistent malgré tous les traitements. La reprise du travail avait été impossible jusqu'à présent et la grossesse de l'assurée compliquait beaucoup la situation. Le 25 août 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OCAI) en raison de douleurs lombaires et d'une discopathie. Par rapport du 11 novembre 2003, le Dr M_____ a posé le diagnostic de lombalgies existant depuis 1996. Il suivait l'assurée depuis le 23 septembre 2002 et son état de santé était stationnaire. Dans une activité adaptée, sans charge et n'impliquant pas d'effort du dos, l'assurée pouvait travailler quatre heures par jour. La douleur était devenue permanente et invalidante dès le mois d'août 2002. La troisième grossesse dès le mois d'octobre 2002 jusqu'à l'accouchement en juillet 2003 avait limité les traitements et exacerbé les douleurs. L'imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) effectuée en septembre 2002 avait montré une discopathie L5-S1 importante avec une importante réaction inflammatoire osseuse. L'IRM effectuée en septembre 2003 avait montré la même réaction inflammatoire osseuse, laquelle était même un peu plus étendue. Tous les traitements étaient restés inefficaces. Les traitements médicamenteux avaient été un peu limités en raison de la grossesse et de l'allaitement. S'agissant du pronostic, il convenait de prévoir la persistance d'un syndrome douloureux, on pouvait espérer une diminution de l'intensité des douleurs qui devraient permettre une activité professionnelle légère. A la demande de l'OCAI, le Dr M_____ a précisé par courrier du 11 mai 2004

que la position assise était tolérée pour autant qu'elle ne se prolonge pas au-delà de une ou deux heures. Une activité sédentaire permettant d'éviter des efforts, de se lever parfois et de changer de position lui paraissait envisageable quatre heures par jour. Bien que l'évolution soit fluctuante, il estimait que cette capacité de travail existait depuis le début janvier 2004. Dans un avis du 26 mai 2004, le SMR a estimé que l'atteinte à la santé dont souffrait l'assurée ne lui permettait plus de travailler comme aide-familiale. Par contre, dans une activité légère, avec alternance de positions, elle pouvait exercer une activité au minimum à 50% ; vu son âge, on devait pouvoir améliorer ce taux après un mois. Le dossier devait être confié à la division de la réadaptation pour évaluer les possibilités de reclassement professionnel de l'assurée. Par rapport du 1^{er} décembre 2004, le Dr M_____ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Dans une activité adaptée, la capacité de travail était de 50%. A cet égard, il a expliqué que la patiente refusait d'envisager toute reprise de travail en raison de ses douleurs et au motif que la santé passe avant tout. Selon le médecin, un examen complémentaire était nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Par avis du 25 avril 2005, le SMR a préconisé la mise en œuvre d'une expertise afin de déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de la part de l'assurée. Selon une note téléphonique datée du 13 avril 2005, l'assurée a expliqué à l'OCAI qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps auprès de son ancien employeur, ce au vu de leurs difficultés financières, son mari ayant également déposé une demande de rente d'invalidité. Par courrier du 3 mai 2005, l'assurée a été informée de la mise en œuvre d'une expertise médicale. Le 25 juillet 2005, le Dr M_____ a attesté que l'assurée était en incapacité de travail totale depuis le 10 septembre 2002. Par rapport du 23 mars 2006, le Prof. O_____, spécialiste en rhumatologie et la Dresse P_____, cheffe de clinique auprès du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation de l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds, ont retenu, après examen de l'assurée les 17 novembre 2005 et 8 février 2006, des lombalgies basses chroniques sur discopathie modérée L5-S1, des rachialgies diffuses et une limitation de la mobilité de la nuque, sans explications ainsi que des douleurs péri-articulaires de l'épaule droite de type PSH. La patiente présentait depuis 2002 une lombalgie basse. Suite à son troisième accouchement, il y avait une aggravation des douleurs et une irradiation inconstante dans le membre inférieur gauche, mal systématisées. L'examen clinique montrait une douleur à la palpation du rachis lombaire et un discret syndrome rachidien. Le bilan radiologique objectivait une discopathie modérée L5-S1. Les médecins ont considéré qu'en présence d'une discopathie, la recourante ne devrait pas exercer une activité professionnelle lourde, comme aide-ménagère ou aide-familiale, si le port de charges excède 15 kg. Par contre, l'assurée pouvait exercer une activité légère, sans port de charges lourdes de plus de 15 kg, à plein temps, avec une réduction de la productivité de 10% au maximum. Par avis des 18 et 22 mai 2006, les Drs Q_____ et R_____, spécialistes FMH en médecine interne auprès du SMR, ont retenu qu'en raison d'une discopathie L5-S1 entraînant des lombalgies basses, l'assurée était en incapacité de travail totale dans son activité habituelle dès le 11 septembre 2003. Par contre, dès cette date, sa capacité de travail était totale dans une activité sans port de charges de plus de 15kg, sans position du tronc tenue en porte-à-faux et sans flexion-rotation répétées du tronc. Par rapport du 7 juillet 2006, le service de la réadaptation professionnelle a proposé la prise en charge d'un stage de type OSER, du 2 août 2006 au 29 octobre 2006. Il a par ailleurs relevé qu'aux dires de l'assurée, en bonne santé elle aurait travaillé à 100%. En l'occurrence, elle travaillait à 80% auprès de la FSASD car il ne lui était pas possible de travailler plus. Le 30

août 2006, l'assurée a consulté la Dresse S _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, laquelle a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 22 septembre 2006, puis à 50% dès le 16 octobre 2006. Par rapport du 16 octobre 2006, la Dresse S _____ a diagnostiqué un épisode dépressif sévère (F32.2) et des migraines. L'assurée présentait une humeur dépressive, une tristesse, une irritabilité et une intolérance au bruit. L'évaluation était encore en cours sous traitement associant un antidépresseur et des entretiens thérapeutiques. L'incapacité de travail était alors estimée à 50%. Le 1^{er} novembre 2006, le Centre d'Intégration professionnelle a rendu ses conclusions. L'assurée présentait les compétences pour être réadaptée dans des activités telles qu'employée de commerce, secrétaire médicale (plein temps et rendement proche de la normale). Mais cette possibilité était actuellement empêchée par un état de plaintes continuelles et une vision très pessimiste des capacités de travailler. La reprise de la mesure à mi-temps dès le 16 octobre 2006 n'avait pas été concluante, le stage en entreprise ayant été interrompu dès le 1^{er} jour. Dans ces conditions, une mesure d'orientation était actuellement irréalisable. Le dossier a été soumis à nouveau au SMR. Dans un avis du 29 novembre 2006, le Dr Q _____ a considéré qu'au vu de l'appréciation de la Dresse S _____, l'assurée était apte à travailler à 50% dans un poste respectant les limitations somatiques. A la demande de l'OCAI, la Dresse S _____ a, par rapport du 9 mars 2007, indiqué que l'état de santé s'était amélioré et qu'il y avait un changement dans les diagnostics. Elle a constaté une rémission partielle de la dépression (degré actuel léger à moyen). L'humeur s'était améliorée depuis environ trois mois. La Dresse S _____ a joint un rapport rendu le 1^{er} mars 2007 par le Dr T _____, chef de clinique du service de neurochirurgie, expliquant que la discopathie L5-S1 pouvait être responsable des lombalgies dont souffrait l'assurée ainsi que des irradiations pseudo-radiculaires par rétrécissement des trous de conjugaison. Selon une note de travail versée par l'OCAI au dossier le 27 mars 2007, il résultait des rapports médicaux que la situation psychique de l'assurée était rétablie depuis janvier 2007. Il n'y avait donc pas d'atteinte invalidante. Sur le plan somatique, les problèmes étaient les mêmes que ceux relevés lors de l'expertise. Il n'y avait donc pas eu d'aggravation de l'état de santé et la capacité de travail dans une activité adaptée restait à 90%. Le Dr T _____ préconisait des mesures médicales. Il convenait d'attendre le terme de ces mesures. Dès le 31 mars 2007, l'assurée s'est installée dans le canton de Berne. A la demande de l'OCAI, la Dresse U _____ spécialiste FMH en médecine interne et nouveau médecin traitant de l'assurée, a, dans un rapport du 15 mai 2007, retenu les diagnostics de syndrome lombaire chronique et d'ostéochondrose L5/S1 ainsi que de dépression sévère. L'état de santé était stationnaire. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle, par contre dans une activité adaptée, la capacité était de 50% au maximum. Par avis du 26 juin 2007, le Dr Q _____ a relevé qu'il n'y avait aucun élément somatique nouveau et que l'estimation de la capacité de travail effectuée par le nouveau médecin traitant était une appréciation personnelle d'une situation clinique stationnaire. A la demande de l'OCAI, l'employeur a indiqué, par courrier du 5 octobre 2007, ce que l'assurée aurait gagné sans atteinte à la santé en 2004. Par projet de décision du 16 octobre 2007, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente, le degré d'invalidité présenté étant de 36%. Il a expliqué qu'au vu des informations fournies, le statut de l'assurée était celui d'une personne dite « active », à savoir qu'en bonne santé, elle travaillerait à temps complet, compte tenu de sa situation familiale et financière. Selon les conclusions de l'expertise, l'assurée souffrait d'une discopathie L5-S1 causant des lombalgies basses et entraînant des limitations fonctionnelles. Son atteinte à la santé ne lui

permettait plus de travailler comme aide-familiale, mais l'assurée pouvait exercer à plein temps une activité adaptée. Le stage mis en place avait été interrompu en raison d'une incapacité de travail due à des troubles psychiques, lesquels s'étaient ensuite amendés. Enfin, le rapport du médecin traitant à Berne, la Dresse U _____, ne relevait aucun élément somatique nouveau. L'évaluation théorique de la capacité de gain avait été effectuée, en comparant le revenu sans atteinte à la santé pour l'année 2004, soit l'année de référence pour un éventuel droit aux prestations. Compte tenu des informations fournies par l'employeur, le salaire à 80% avait été réactualisé à 100%, vu le statut de l'assurée dite « active ». Comparé au salaire avec invalidité résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS, tableau TA1, dans une activité de niveau 4) et compte tenu d'un abattement de 10% au vu des limitations fonctionnelles et du fait que seule une activité légère est possible, il en résultait un degré d'invalidité de 36% qui ne donnait pas droit à une rente d'invalidité. Par rapport du 30 octobre 2007, la Dresse V _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a retenu un épisode dépressif d'intensité moyenne avec syndrome somatique (F32.11) et un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), en raison desquels l'assurée ne présentait aucune capacité de travail. Le 14 novembre 2007, l'assurée a contesté le projet de décision, faisant valoir une incapacité de travail totale. Elle produit à cet égard notamment un rapport établi le 18 avril 2007 par le Dr W _____, médecin auprès de la clinique de neurochirurgie de l'hôpital universitaire de Berne, qui a diagnostiqué une ostéochondrose L5-S1. Une thérapie conservatrice a été mise en place sans effet sur les douleurs. L'assurée a également transmis un rapport daté du 15 août 2007 suite à une consultation auprès du Centre de la douleur de l'Hôpital universitaire de Berne. Une ostéochondrose avec discopathie L5-S1 dans le cadre d'un syndrome douloureux au plan vertébral (F45.9) ainsi qu'un épisode dépressif sévère dans le cadre de douleurs chroniques (F33.2) ont été diagnostiqués. Enfin, l'assurée avait été hospitalisée du 10 septembre au 6 octobre 2007, et un syndrome lombo-vertébral chronique et un épisode dépressif sévère (F33.2) avaient été constatés (rapport du 5 octobre 2007 établi par le Dr Th. MARTIN). Par décision du 20 novembre 2007, l'OCAI a nié le droit de l'assurée à une rente, le degré d'invalidité présenté étant de 36%. Par contre, ce degré ouvrait droit à des mesures de réadaptation professionnelle. Si l'assurée le souhaitait, le dossier serait transmis à l'Office AI du canton de Berne à charge pour ce dernier d'examiner ce point. Suite au recours interjeté le 30 novembre 2007 par l'assurée auprès du Tribunal de céans, l'OCAI a proposé que la cause lui soit renvoyée pour un complément d'instruction sous la forme d'une expertise bi-disciplinaire. Le SMR était en effet d'avis que l'assurée présentait possiblement un trouble somatoforme douloureux avec une pathologie psychiatrique associée, pour lesquels il n'y avait pas d'évaluation médicale (Dresse A _____, avis du 19 décembre 2007). Le 24 janvier 2008, l'assurée a communiqué à l'OCAI le rapport détaillé établi par la Dresse B _____, spécialiste FMH en médecine interne, confirmant notamment que lors de son hospitalisation du 10 septembre au 6 octobre 2007, un syndrome lombo-vertébral chronique et un épisode dépressif sévère (F33.2) avaient été constatés. Selon le médecin, la capacité de travail était nulle du 10 septembre au 20 octobre 2007 et devait être réévaluée ultérieurement. Par arrêt du 30 janvier 2008, entré en force, le Tribunal de céans a admis le recours, annulé la décision du 20 novembre 2007 et renvoyé la cause à l'OCAI pour complément d'instruction (ATAS/122/2008). Par courrier du 24 avril 2008, l'OCAI a informé l'assurée de la mise en œuvre d'une expertise médicale. En date du 26 juin 2008, le Bureau romand d'expertises médicales (ci-après BREM), mandaté par l'OCAI, a rendu son rapport. Les Drs

C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et D _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, ont examiné l'assurée le 15 mai 2008. Sur la base de cet examen, des documents radiologiques, des tests de laboratoire et du dossier médical de l'assurée, les experts ont constaté une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) présente depuis jeune adulte, un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4), des dorsolombalgies chroniques sur une discopathie L5-S1, des troubles de la posture et une obésité (M47). Ces diagnostics avaient une répercussion sur la capacité de travail. L'assurée présentait également des diagnostics n'ayant pas de répercussion sur sa capacité de travail, soit un épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F32.00), présent depuis décembre 2006 et une obésité (E66). Au plan physique, la discopathie L5-S1 et les troubles de la posture du rachis empêchaient des mouvements de flexion du tronc, le port et le soulèvement de charges de plus de 10kg, le soulèvement de charges avec les bras éloignés du torse, pas de mouvements en flexion du rachis et pas de position debout prolongée. L'assurée avait une incapacité de travail totale en tant qu'aide-familiale. Dans une activité respectant les limitations, la capacité de travail était totale. Au plan somatique, l'assurée souffrait depuis 2002 de lombalgies chroniques, présentes 24h/24h et résistantes à tous les traitements. Les investigations avaient montré la présence d'une discopathie L5-S1 et des troubles de la posture liés à son obésité. La patiente avait pris du poids suite à un traitement anti-dépresseur et n'arrivait plus à perdre les kilos qu'elle avait pris. Le traitement de physiothérapie n'améliorait pas la situation et les traitements anti-inflammatoires n'apportaient pas de diminution des symptômes. Au plan psychiatrique, dès mi-2006, dans un contexte de lombalgies chroniques présentes depuis 2002, l'assurée avait présenté un état dépressif réactionnel. Lors de l'expertise, l'assurée présentait une humeur déprimée, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de dévalorisation et des troubles du sommeil dus à ses douleurs ; ces symptômes représentent un épisode dépressif léger, sans syndrome somatique. Cette thymie légèrement dépressive n'interfère pas sur la capacité de travail. Une réactivité caractérielle avec des défenses de type clivage, projection, déni et agir faisaient conclure à une personnalité émotionnellement labile, type borderline. Cette personnalité était mal compensée. Lorsque la personnalité était décompensée (de mi-2006 à novembre 2006, et lors de l'hospitalisation en septembre 2007), l'assurée présentait alors des épisodes dépressifs sévères. Enfin, les importantes douleurs ne sont pas entièrement expliquées par un processus physiologique ou un trouble physique mais surviennent dans un contexte de détresse psychique et de conflits émotionnels suffisamment importants, ce qui permet de retenir le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Il s'inscrit dans un contexte de lombalgies chroniques s'étendant sur plusieurs années, un état psychique cristallisé et un échec des traitements effectués selon les règles de l'art. L'assurée ne présentait pas de perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie puisqu'elle s'occupe quotidiennement de trois enfants. Certaines ressources psychiques sont présentes et permettent à l'expertisée de surmonter en partie ses douleurs et d'exercer une activité professionnelle à temps partiel. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensé et le syndrome douloureux somatoforme persistant interfèrent à 40% sur la capacité de travail en raison d'une diminution de la tolérance à la frustration, des conflits avec autrui en raison d'une réactivité caractérielle, une propension à l'agir, la difficulté à gérer les conflits émotionnels et un seuil douloureux abaissé. L'incapacité de travail avait débuté en septembre 2006, et évolué comme suit : 100% du 22 septembre au 15 octobre 2006 ; 50% du 16 octobre à mars

2007 ; 40% d'avril à septembre 2007, 100% de septembre à octobre 2007, puis à 40%. A la demande des experts, la Dresse V _____ a indiqué, par courrier du 26 mai 2008, suivre l'assurée depuis le 23 juillet 2007. Les diagnostics posés étaient une dépression chronique avec symptômes somatiques (F32.10) et un trouble somatoforme persistant (F45.4). Les symptômes existaient probablement depuis 2002. Avec un nouvel antidépresseur, la thymie était meilleure, mais les douleurs restaient identiques et interféraient quotidiennement dans les activités de l'assurée. Par avis des 14 et 21 juillet 2008, la Dresse S. A _____ a indiqué qu'il convenait de modifier les conclusions du rapport SMR établi le 18 mai 2006 au vu des conclusions des experts pour qui les troubles psychiques interfèrent à 40% sur la capacité de travail de l'assurée. Ainsi, si on pouvait toujours retenir une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle dès le 11 septembre 2003, on ne pouvait cependant plus retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée. L'assurée avait eu une capacité de travail nulle dans toute activité du 22 septembre au 15 octobre 2006, à 50% du 16 octobre au 31 mars 2007, à 60% du 1^{er} avril au 31 août 2007, nulle en septembre 2007, et à 60% dès le 1^{er} octobre 2007. Par projet de décision du 24 juillet 2008, l'OCAI a informé l'assurée de l'octroi d'une rente. Il était retenu que de septembre 2003 au 21 septembre 2006, la capacité de travail était totale dans une activité adaptée, puis nulle du 22 septembre au 15 octobre 2006, puis de 50% du 16 octobre 2006 à mars 2007, puis de 60% d'avril à septembre 2007, puis à nouveau nulle de septembre à octobre 2007, et enfin de 60% dès octobre 2007. Afin de déterminer si la capacité de travail de 50% et de 60% dans une activité adaptée pouvait entraîner un éventuel droit à une rente, l'OCAI a procédé à une évaluation théorique de la capacité de gain en comparant le gain que l'assurée aurait obtenu en bonne santé dans son ancienne activité en 2006 (70'331 fr.) au gain qu'elle obtiendrait dans une activité adaptée à 50% (25'139 fr.). Il en résultait un degré d'invalidité de 64%. La comparaison du salaire sans invalidité en 2006 (70'331 fr.) au gain obtenu avec invalidité à un taux d'occupation de 60% (30'166 fr.), entraînait un degré d'invalidité de 57%. L'OCAI rappelait ensuite que lors de l'évaluation du degré d'invalidité effectuée en octobre 2007, il avait été retenu un taux d'invalidité de 36%, ne permettant pas le versement d'une rente. Par conséquent, le degré d'invalidité de 36% devait être retenu pour la période de 2003 à octobre 2006 ; puis un degré d'invalidité de 41% dès le 16 octobre 2006 (puisqu'à partir de cette date la capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée), puis un degré d'invalidité de 64% dès le 1^{er} janvier 2007 (soit trois mois après l'aggravation de l'incapacité de gain survenue en octobre 2006) ; puis un degré d'invalidité de 57% dès le 1^{er} juillet 2007 (soit trois mois après l'amélioration de l'incapacité de gain survenue dès avril 2007). Le 19 août 2008, l'assurée a contesté le projet de décision dans la mesure où aucune rente ne lui était octroyée pour la période antérieure à octobre 2006. Elle contestait également le taux de 41% retenu dès le 16 octobre 2006, se référant à l'appréciation du Dr M _____ selon laquelle sa capacité de travail résiduelle était de 50%. Par décision du 24 novembre 2008, l'OCAI a maintenu la teneur de son projet, soit l'octroi d'un quart de rente d'octobre à décembre 2006, de trois-quart de rente de janvier à juin 2007, puis d'une demi-rente dès juillet 2007. Par courrier du 8 janvier 2009, l'assurée a informé l'OCAI n'avoir pas reçu de réponse à son opposition du 19 août 2008. Le 13 janvier 2009, l'OCAI a informé l'assurée de sa possibilité de déposer un recours contre la décision du 24 novembre 2008. Par courrier du 15 janvier 2009, l'assurée s'est dite étonnée d'apprendre qu'une décision avait déjà été rendue et de ne l'avoir pas reçue. Par courrier daté du 21 janvier 2009, l'OCAI a informé l'assurée que la décision du 24 novembre 2008 avait été adressée aux services sociaux de Spiez. A toutes fins utiles, une copie de la décision était jointe à son

courrier. Le 27 janvier 2009, l'assurée interjette recours contre la décision du 24 novembre 2008, dont elle a eu connaissance le 23 janvier 2009. La recourante explique que la décision litigieuse avait été adressée à tort aux services sociaux de Spiez, de sorte qu'elle avait été empêchée de recourir dans les 30 jours. Elle conclut à l'octroi d'une demi-rente au minimum pour les années 2004 à 2006, en se référant notamment aux rapports du Dr M_____. Dans sa réponse du 27 février 2009, l'intimé conclut à la recevabilité du recours dans la mesure où la décision du 24 novembre 2008 avait été effectivement notifiée à tort aux services sociaux de Spiez et que la recourante, qui avait appris l'existence de la décision au plus tard le 15 janvier 2009, avait interjeté recours dans les délais, soit le 27 janvier 2009. L'intimé conclut par ailleurs au rejet du recours, faisant valoir que l'appréciation émise par le Dr M_____, médecin traitant, présente une faible valeur probante, à l'inverse de l'expertise du BREM. Enfin, la recourante produisait un rapport établi par la Dresse V_____ en date du 26 mai 2008, lequel avait déjà été pris en compte dans l'expertise. En outre, il résultait de ce rapport que son état de santé tendait à s'améliorer, comme le soulignait le SMR dans un avis du 27 février 2009 annexé. A la demande du Tribunal, la FSASD a, par courrier du 24 juillet 2009, confirmé que la recourante avait travaillé à un taux d'occupation de 80% et qu'en 2002, il n'avait pas été possible de répondre favorablement à la demande de la recourante qui souhaitait augmenter son taux d'activité. Enfin, sans atteinte à la santé, la recourante aurait perçu en 2003 un salaire annuel brut de 66'831 fr. 15. Par courrier du 19 août 2009, l'intimé explique s'être fondé sur les données fournies par l'employeur le 5 octobre 2007 pour établir le revenu sans invalidité. Il fait valoir que les données salariales fournies par l'employeur le 24 juillet 2009, si elles devaient donner lieu à une nouvelle comparaison des revenus, aboutiraient à un taux d'invalidité inférieur à celui retenu dans la décision litigieuse. Enfin, l'intimé persiste dans ses conclusions. La recourante ne s'étant pas déterminée, le Tribunal de céans a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, 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 V 467 consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsqu'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). En l'espèce, la décision litigieuse, du 24 novembre 2008, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et à celle du 1^{er} janvier 2008 relative aux modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème} et 5^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références);

voir également ATF 130 V 329). Interjeté dans la forme et délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA). Dans la décision entreprise, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à un quart de rente d'octobre à décembre 2006, à trois-quart de rente de janvier à juin 2007, puis à une demi-rente dès juillet 2007. Dans son recours, la recourante conteste cette décision en tant qu'elle ne lui alloue aucune rente pour la période antérieure à octobre 2006 et en tant qu'elle ne lui octroie qu'un quart de rente d'octobre à décembre 2006. En allouant rétroactivement une rente d'invalidité dégressive et/ou temporaire, l'autorité administrative règle un rapport juridique sous l'angle de l'objet de la contestation et de l'objet du litige. Lorsque seule la réduction ou la suppression des prestations est contestée, le pouvoir d'examen du juge n'est pas limité au point qu'il doive s'abstenir de se prononcer en ce qui concerne des périodes à propos desquelles l'octroi de prestations n'est pas remis en cause (ATF 125 V 413 consid. 2.2 et 2.3 confirmé dans l'ATF 131 V 164). Ainsi, même si la recourante ne conteste que la période antérieure à octobre 2006 et le degré d'invalidité pour octobre à décembre 2006, c'est en l'occurrence le droit à la rente qui forme l'objet du litige. 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 l'augmentation de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 125 V 417 ss. consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement 17 LPGA. 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). 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 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3 et consid. 6). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le

diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77). 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. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, 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. 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). 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 in fine). 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 du médecin 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 et les références). Ces principes, développés à propos de l'assurance-accidents, sont applicables à l'instruction des faits d'ordre médical dans toutes les branches d'assurance sociale (SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle 2000 p. 268). 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). 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 351 consid. 3b/bb). a) En l'occurrence, la recourante a été soumise dans un premier temps à une expertise somatique mise en œuvre par l'intimé. Par rapport du 23 mars 2006, le Prof. E. _____ et la Dresse P. _____ ont diagnostiqué des lombalgies basses chroniques sur discopathie modérée L5-S1 présente depuis 2002, des rachialgies diffuses et une limitation de la mobilité de la nuque, sans explications ainsi que des douleurs péri-articulaires de l'épaule droite de type PSH. Ces experts ont considéré qu'en présence d'une discopathie, la recourante ne devrait pas exercer une activité professionnelle lourde, comme aide-ménagère ou aide-familiale, si le port de charges excède 15 kg. Par contre, dans une activité légère, sans port de charges de plus de 15 kg, la capacité de travail est entière, avec une réduction de rendement de 10%. Le Tribunal de céans constate que cette expertise remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante. En effet, elle repose sur deux examens de la recourante dont les plaintes ont été prises en considération, ainsi que sur son dossier médical et radiologique. Les développements sont clairs et les diagnostics posés également. De plus, il n'y a pas de contradiction entre les conclusions, les constatations cliniques et l'argumentation médicale. La recourante fait valoir que les conclusions du Dr M. _____ concernant sa capacité résiduelle de travail de 50% doivent être suivies. Le Tribunal de céans relèvera que les diagnostics posés par le médecin traitant correspondent à ceux constatés par les experts. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée, le Dr M. _____ a certes indiqué qu'elle était de 50%, tout en admettant qu'un examen complémentaire lui semblait nécessaire pour évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de la recourante. De surcroît, s'agissant de la reprise d'une activité lucrative, il a expliqué que la recourante refusait toute reprise de travail en raison de ses douleurs (rapport du 1^{er} décembre 2004). Compte tenu de ce qui précède, son appréciation, émise en outre à titre de médecin traitant, tout comme celle de la Dresse U. _____, ne saurait écarter les conclusions convaincantes rendues par les experts. Le SMR a quant à lui considéré, dans ses avis des 18 et 22 mai 2006, que la capacité de travail résiduelle était entière, sans que l'on puisse comprendre pour quelle raison il n'a pas retenu la diminution de rendement de 10% constatée pourtant par les experts. Compte tenu de ce qui précède, au vu des conclusions convaincantes des experts, la

recourante présente une capacité résiduelle de 90% dans une activité adaptée. b) En raison de l'apparition de troubles psychiques, l'intimé a ensuite soumis la recourante à une seconde expertise. Dans leur rapport du 26 juin 2008, les Drs C _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et D _____, spécialiste FMH en psychiatrie-psychothérapie, ont diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31) présente depuis jeune adulte, un syndrome somatoforme persistant (F45.4), des dorsolombalgies chroniques sur une discopathie L5-S1, des troubles de la posture et une obésité. Sur le plan psychiatrique, dès mi-2006, la recourante avait présenté un état dépressif réactionnel. Lors de l'expertise, elle présentait une thymie légèrement dépressive, n'interférant pas sur la capacité de travail. La recourante présentait aussi une personnalité émotionnellement labile, type borderline, qui était mal compensée. Lorsque la personnalité était décompensée, la recourante présentait alors des épisodes dépressifs sévères. Enfin, les importantes douleurs survenaient dans un contexte de détresse psychique et de conflits émotionnels suffisamment importants, permettant de retenir un syndrome douloureux somatoforme persistant. Les médecins ont conclu que le trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensé et le syndrome douloureux somatoforme persistant interfèrent à 40% sur la capacité de travail en raison d'une diminution de la tolérance à la frustration, des conflits avec autrui en raison d'une réactivité caractérielle, une propension à l'agir, la difficulté à gérer les conflits émotionnels et un seuil douloureux abaissé. L'incapacité de travail, qui avait débuté en septembre 2006 était la suivante : totale du 22 septembre au 15 octobre 2006, 50% du 16 octobre à mars 2007, 40% d'avril à septembre 2007, totale de septembre à octobre 2007, puis à 40%. Le Tribunal de céans constate que le rapport des experts se base tant sur des entretiens psychologiques avec la recourante que sur son dossier asséculo-logique. L'anamnèse est complète dès lors qu'elle se compose d'un volet familial, personnel et socio-professionnel. Les plaintes sont également prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé, sur la capacité de travail et sur les limitations fonctionnelles, enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Le SMR, par avis du 14 juillet 2008, s'est rallié également aux conclusions des experts quant aux répercussions des troubles psychiques sur la capacité de travail de la recourante. Le Tribunal de céans relèvera qu'il n'y a, au demeurant, pas de raison de s'en écarter, dans la mesure où la recourante présente, outre un trouble somatoforme douloureux, un trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline mal compensé, lequel constitue indiscutablement une comorbidité psychiatrique suffisamment importante au sens de la jurisprudence citée au considérant 7 supra, puisqu'il interfère sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, il ne ressort pas des rapports versés à la procédure d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause les conclusions des experts quant aux troubles psychiques, de sorte qu'il y a lieu de constater que le rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une pleine force probante à cet égard. S'agissant des troubles somatiques, le Tribunal de céans constate que les experts ont considéré que la capacité de travail dans une activité adaptée est totale, sans diminution de rendement. Cela étant, rien ne permet de retenir que l'état de santé de la recourante se serait amélioré sur le plan physique depuis l'expertise effectuée par le Prof. E _____ et la Dresse P _____, lesquels avaient constaté une diminution de rendement de 10%. Quoi qu'il en soit, on ne saurait considérer que la très brève appréciation émise par les Drs C _____ et D _____ quant à la capacité de travail de la recourante sur le plan

physique est valable de manière rétroactive dès septembre 2003. Ces médecins ne le prétendent au demeurant pas. Par conséquent, au regard des deux expertises sus-mentionnées, il y a lieu de retenir que la recourante présente, en raison de troubles physiques, une capacité de travail dans une activité adaptée de 90% dès septembre 2003. Par la suite, l'état de santé de la recourante s'est péjoré en raison de troubles psychiques, de sorte que sa capacité de travail, dans toute activité, a été nulle du 22 septembre au 15 octobre 2006, de 50% du 16 octobre à mars 2007, de 60% d'avril au 9 septembre 2007, nulle du 10 septembre au 20 octobre 2007, puis à nouveau de 60%. En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1er janvier 2004), 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. Dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un 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. 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 (art. 16 LPG). 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). 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 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. Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. S'il exerce une activité lucrative après la survenance de l'invalidité et que - cumulativement - les rapports de travail sont particulièrement stables, qu'il y a lieu d'admettre qu'il utilise sa capacité de travail résiduelle dans la mesure qu'on est en droit d'exiger de lui et que le revenu versé en contrepartie de son travail est approprié et ne représente pas un salaire social, le gain effectivement réalisé est en principe considéré comme le salaire d'invalide (ATF 129 V 475 consid. 4.2.1; 126 V 76 consid. 3b/aa et les arrêts cités). Si l'assuré ne réalise aucun revenu réel parce qu'il n'a plus repris d'activité depuis son invalidité ou du moins n'exerce pas l'activité que l'on pourrait raisonnablement exiger de lui, le revenu d'invalide peut être évalué sur la base des données statistiques ressortant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa, 117 V 18). 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). 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 (ATF 126 V 79 consid. 5b/aa-cc; VSI 2002 p. 70 s. consid. 4b). La déduction de 25 % n'intervient cependant pas de manière générale et dans chaque cas. Il faut au contraire examiner sur la base de l'ensemble des circonstances du cas concret particulier si et dans quelle mesure le revenu hypothétique doit être réduit. Par ailleurs, il n'y a pas lieu de procéder à des déductions distinctes pour chacun des facteurs entrant en considération comme les limitations liées au handicap, l'âge, les années de service, la nationalité ou la catégorie de permis de séjour, ou encore le taux d'occupation. Il faut bien plutôt procéder à une évaluation globale, dans les limites du pouvoir d'appréciation, des effets de ces facteurs sur le revenu d'invalidé, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas concret. La réduction des salaires ressortant des statistiques ressortit en premier lieu à l'office AI, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Cela étant, le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge des assurances sociales ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152). Enfin, pour savoir si un assuré doit être considéré comme une personne exerçant une activité à plein temps ou à temps partiel, respectivement pour déterminer la part de l'activité lucrative par rapport à celle consacrée aux travaux ménagers, il convient d'examiner ce que ferait l'assuré dans les mêmes circonstances s'il n'était pas atteint dans sa santé. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il faut tenir compte de la situation familiale, sociale et professionnelle, ainsi que des tâches d'éducation et de soins à l'égard des enfants, de l'âge, des aptitudes professionnelles, de la formation, des affinités et des talents personnels. Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de la situation telle qu'elle s'est développée jusqu'au moment où l'administration a pris sa décision, encore que, pour admettre l'éventualité selon laquelle l'assuré aurait exercé une activité lucrative s'il avait été en bonne santé, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références). A titre préalable, le Tribunal de céans relèvera que c'est à juste titre que l'intimé a considéré que le statut de la recourante correspond à celui d'actif à temps complet. En effet, celle-ci a expliqué que sans atteinte à la santé, elle aurait travaillé à plein temps, ce en raison de sa situation financière difficile. En outre, avant son atteinte à la santé, la recourante travaillait à 80% car son employeur n'avait pas pu répondre favorablement à sa demande d'augmentation du taux d'occupation (courrier de la FSASD du 24 juillet 2009). Il convient de se placer en 2003 puisque le début de l'incapacité de travail de la recourante, dans son activité d'aide à domicile, remonte au 10 septembre 2002 et son annonce à l'intimé au 25 août 2003 (art. 29 al. 1 let. b LAI). a) Selon les renseignements fournis par l'employeur en date du 24 juillet 2009, la recourante aurait pu réaliser en 2003, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 66'831 fr. 15 à plein temps. Ce revenu n'est pas contesté par les parties. S'agissant du revenu d'invalidé, dans la mesure

où la recourante n'exerce pas d'activité lucrative, il y a lieu par conséquent de se référer aux statistiques salariales. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, - pas de port de charges de plus de 15 kilos, pas de position du tronc tenu en porte-à-faux et sans flexion-rotation répétée du tronc - le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (RAMA 2001 n° U 439 p. 347), à savoir 3'820 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2002 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2002, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 45'840 fr. par année. Ce salaire hypothétique représente, compte tenu du fait que les salaires bruts standardisés se basent sur un horaire de travail de quarante heures, soit une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41.7 heures; La Vie économique, 1/2 -2006, tableau B9.2), et comme le revenu statistique doit être adapté à l'augmentation des salaires nominaux pour les femmes en 2003 (+ 1.7% ; Evolution des salaires 2005, tableau T1.39), ce montant doit être porté à 48'600 fr. 60 ($45'840 + 1.7\% = 46'619 \text{ fr. } 28 \times 41.7 : 40$). A ce montant, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. A cet égard, le Tribunal de céans constate que l'intimé a fait abstraction de tout abattement dans le cadre de la décision litigieuse, ce sans en expliquer la raison. Or, si la jurisprudence impose que la déduction opérée par l'administration soit brièvement motivée (art. 29 al. 2 Cst; ATF 126 V 75 consid. 5b/dd p. 80), tel devrait être également le cas, a fortiori, lorsqu'aucune réduction n'est opérée. Il convient dès lors d'examiner, dans le cas concret, quel taux de réduction doit être appliqué. S'agissant de la situation personnelle et professionnelle de la recourante, le Tribunal de céans constate qu'elle est de nationalité suisse et était âgée de 34 ans au moment de la décision litigieuse. Par ailleurs, elle était employée de longue date au sein de la FSASD et ne peut exercer une activité légère et adaptée qu'à temps partiel. Ainsi, les critères de limitations liés au taux d'occupation, aux années de service et à l'activité légère seule possible sont remplis, de sorte qu'une déduction de 10% au plus, apparaît justifiée. Compte tenu d'un tel abattement, le revenu annuel d'invalidé évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 43'740 fr. 55 à plein temps (valeur 2003), de 39'366 fr. 50 à 90%, de 26'244 fr. 33 à 60% et de 21'870 fr. 27 à 50%. Les comparaisons des revenus avec et sans invalidité aboutissent aux degrés d'invalidité suivants : - 41% en cas de capacité de travail de 90% ($(66'831 \text{ fr. } 15 - 39'366 \text{ fr. } 50) \times 100 : 66'831 \text{ fr. } 15$), - 60,73% en cas de capacité de travail à 60% ($(66'831 \text{ fr. } 15 - 26'244 \text{ fr. } 33) \times 100 : 66'831 \text{ fr. } 15$) et, - 67,27% en cas de capacité de travail à 50% ($(66'831 \text{ fr. } 15 - 21'870 \text{ fr. } 27) \times 100 : 66'831 \text{ fr. } 15$). Il en résulte que le degré d'invalidité de 41% donne lieu à un quart de rente. Quant aux degrés d'invalidité de 67% et de 61%, ils donnent lieu tous deux à trois-quart de rente dès lors que les capacités de travail correspondantes - 60% et 50% - sont survenues à compter de 2006 (art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1 er janvier 2004). Reste encore à déterminer les dates auxquelles les rentes doivent être octroyées. En cas de décision simultanée sur l'octroi d'une rente et son remplacement par une autre rente ou même sa suppression, le changement est régi par l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI, RS 831.301) lequel 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 revanche, si l'incapacité de gain ou l'impotence 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. En l'occurrence, il y a lieu de prendre en considération que la recourante avait une capacité de travail résiduelle de 90% de septembre 2003 au 21 septembre 2006, nulle du 22 septembre au 15 octobre 2006, de 50% du 16 octobre 2006 à mars 2007, de 60% d'avril au 9 septembre 2007, nulle du 10 septembre au 20 octobre 2007, puis à nouveau de 60%. Il s'ensuit que la recourante a droit à un quart de rente dès septembre 2003 (l'incapacité de travail ayant débuté le 10 septembre 2002, art. 29 al. 1 let b. LAI) et à trois-quart de rente dès janvier 2007 (soit trois mois après l'aggravation de la capacité de gain ; art. 88a al. 2 RAI). Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a octroyé à la recourante un quart de rente d'octobre à décembre 2006, trois quart de rente de janvier à juin 2007 et une demi-rente dès juillet 2007. Au bénéfice des explications qui précèdent, le Tribunal de céans admettra le recours en ce sens que la recourante a droit à un quart de rente dès septembre 2003 et à trois-quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2007. L'intimé, qui succombe, supportera les frais de justice, fixés à 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision de l'OCAI du 24 novembre 2008. Dit que la recourante a droit à un quart de rente d'invalidité du 1^{er} septembre 2003 au 31 décembre 2006 et à trois-quart de rente à partir du 1^{er} janvier 2007. Renvoie la cause à l'OCAI pour calcul des prestations dues. Met un émolument de 1'000 fr. à la charge de l'OCAI. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Amélia PASTOR Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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