

GE_GERICHTE A/3042/2010 vom 19. Oktober 2011

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3042_2010

FR: GE_GERICHTE A/3042/2010 du 19 octobre 2011

IT: GE_GERICHTE A/3042/2010 del 19 ottobre 2011

Erwägungen

E. 4

ème Chambre En la cause Madame A _____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Maurizio LOCCIOLA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame A _____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1956 au Kosovo, est arrivée en Suisse en 1982 et a acquis la nationalité suisse le 10 mai 1995. Elle a successivement exercé les activités de nettoyeuse, manutentionnaire en blanchisserie et femme de chambre. A compter du 7 mai 2001, elle a travaillé en qualité de nettoyeuse pour le compte de l'entreprise X _____ SA. Le 13 juin 2001, alors qu'elle passait la machine à nettoyer le sol dans le magasin, pour éviter une cliente, elle a tiré ladite machine contre elle qui a heurté son genou gauche. L'assurée a immédiatement cessé le travail et s'est vu prodiguer les premiers soins par les urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG). Un arrêt de travail complet du 14 juin au 14 juillet 2001 a été attesté par le Docteur L _____, médecin-assistant aux HUG. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents de l'assurée, la ZURICH, COMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : la ZURICH). Le 16 juillet 2001, le Docteur M _____, de la Policlinique de chirurgie des HUG, a établi un certificat médical, mentionnant que sa patiente s'était fait écraser la jambe gauche avec une machine utilisée sur son lieu de travail. Il relevait une douleur et une impotence du membre inférieur gauche et constatait, au niveau du genou, une tuméfaction et une douleur à la palpation de la tête du péroné, un test méniscal négatif, un valgus positif et l'absence de signe de tiroir. Il a posé le diagnostic d'entorse moyenne de la cheville gauche et fixé la reprise du travail au 15 juillet 2001. En date du 8 août 2001, l'employeur de l'assurée a signalé une rechute de l'accident du 13 juin 2001. Selon la déclaration d'accident, l'intéressée avait dû interrompre son travail le 3 août 2001 en raison d'une enflure du genou gauche. Le Docteur N _____ a fait procéder à un examen par résonance magnétique (IRM) le 7 août 2001, qui a conclu à une contusion osseuse du plateau tibial interne, une dégénérescence mucoïde de grade II de la corne postérieure du ménisque interne et un épanchement intra-articulaire avec plica synoviale. Le 24 novembre 2001, le Docteur O _____, chef de clinique et spécialiste FMH en orthopédie, a diagnostiqué un status post-contusion osseuse du tibia (plateau interne) suite à une chute et une lésion du ménisque interne, l'évolution étant défavorable. Il faisait par ailleurs état d'un discret début d'arthrose en tant que facteur antérieur à l'accident. Ce médecin a procédé à une arthroscopie (traitement par micro-fractures selon Steadmann au niveau du condyle interne et de la rotule gauche) en décembre 2001. Il en est résulté les diagnostics suivants : lésion cartilagineuse de grade IV au condyle fémoral interne du genou gauche, lésion cartilagineuse de grade III à la facette interne de la rotule du genou gauche et lésion de grade II à la partie moyenne et à la corne postérieure du ménisque. Sur question de la ZURICH, le Docteur O _____ a

précisé par courrier du 3 juillet 2002 que suite à l'arthroscopie, l'évolution était marquée par une récupération très lente. La patiente présentait, en date du 10 avril 2002, un épanchement du genou gauche, une flexion-extension de 140-5-0°, ainsi qu'une gêne à la palpation et au stress de la fémoro-rotulienne gauche. Le périmètre de marche était limité à une heure, sans canne, et les plaintes subjectives consistaient en des douleurs antérieures du genou gauche. Les lésions cartilagineuses mises en évidence lors de l'arthroscopie étaient à mettre en relation avec le traumatisme du 14 (recte : 13) juin 2001, au contraire de la lésion de grade II du ménisque interne qui était vraisemblablement dégénérative. La lésion cartilagineuse de grade IV du condyle fémoral interne se trouvait en zone de charge et présentait donc une lésion arthrogène. Le 18 juillet 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité sous forme d'une rente auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison d'une atteinte au dos et au genou gauche existant depuis le 3 août 2001. Par courrier du 8 août 2002 adressé à l'assureur-accidents, le Docteur P _____, spécialiste FMH en orthopédie, a indiqué que l'assurée se plaignait toujours de douleurs au niveau du genou gauche, dont l'examen était pourtant tout à fait satisfaisant. Il qualifiait de traumatiques les lésions cartilagineuses, mais pas la lésion méniscale. Il y avait une relation de causalité entre les plaintes de la patiente et l'événement du 13 juin 2001, l'évolution se faisant néanmoins actuellement vers un état malade du genou. Le médecin signalait ainsi une probable évolution vers une arthrose progressive du genou et estimait la capacité de travail de l'assurée à 50% dès le 25 juin 2002. Dans son rapport du 28 août 2002, le Docteur Q _____, médecin-traitant de l'assurée depuis le 9 octobre 2001, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 9 octobre 2001 en raison de cervico-dorso-lombalgies aiguës sur troubles statiques et dégénératifs lombaires, sur discarthrose sévère en L4-L5 et sur probable instabilité lombaire avec rétrolisthésis de C3 et spondylolisthésis de L4, ainsi que de lombosciatalgies aiguës gauches à répétition. Le médecin a également précisé que l'état de santé de l'assurée était stationnaire, que sa capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et que des mesures professionnelles étaient indiquées. Le 10 octobre 2002, X _____ SA a renvoyé à l'OAI le questionnaire pour employeur et indiqué que l'assurée avait travaillé dans son entreprise en qualité de nettoyeuse, à raison de 40 heures par semaine, du 7 mai 2001 au 31 décembre 2001, son dernier jour de travail effectif étant le 3 août 2001. En date du 15 novembre 2002, l'assurée a été opérée par les Docteurs O _____ et P _____, qui ont posé les diagnostics de lésion cartilagineuse de IVème degré du condyle interne post-traumatique, de status post-traitement par micro-fractures selon Steadmann du condyle interne et de la rotule gauche et de lésion centrale du ménisque externe. Ils sont intervenus au moyen des techniques suivantes : ostéotomie de valgisation selon Puddu et allogreffe osseuse bicortiquée, micro-fractures selon Steadmann du condyle interne, débridement à minima de la lésion cartilagineuse de la rotule et résection à minima de la corne postérieure du ménisque externe. Le 10 juillet 2003, le Docteur O _____ a signalé une persistance de douleurs diffuses dans la jambe gauche de l'assurée, une amélioration lente, ainsi qu'une fracture de vis suite à l'opération avec déplacement secondaire actuellement en consolidation. Une nouvelle intervention chirurgicale était prévue. Le 15 juillet 2003, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OAI, sous la forme d'une rente ou de mesures médicales de réadaptation, en raison d'une atteinte cartilagineuse du genou gauche existant depuis le 13 juin 2001. A cette occasion, l'assurée a indiqué qu'elle percevait en 2001 un salaire mensuel brut de 3'200 fr. au sein de

l'entreprise X _____ SA. L'intervention envisagée s'est déroulée le 29 octobre 2003 et a consisté en un traitement par micro-fractures selon Steadmann du condyle interne en antéro-interne, une résection des flaps cartilagineux instables et une chondroplastie du condyle interne du plateau tibial interne, l'ablation par instrumentation du matériel d'ostéosynthèse cassé puis allogreffe par os spongieux et mobilisation sous narcose. Le 14 juin 2004, le Docteur R _____, spécialiste FMH en chirurgie, a rendu un rapport d'expertise à la demande de l'OAI. Il a estimé que, sur le plan médical, la situation n'était pas stabilisée, l'état du genou gauche n'étant pas satisfaisant avec flexum et limitation de la flexion, atrophie massive du quadriceps et perte de correction de la valgisation. Le pronostic était sombre et une ré-ostéotomie, voire une arthroplastie totale du genou, devraient être envisagées. Le Docteur O _____ a mentionné, dans un avis du 21 août 2004, que l'éventualité d'une ré-ostéotomie était à discuter et que le cas ne serait stabilisé que lorsque le stock osseux serait suffisant et la patiente prête pour une ré-opération. Le 28 février 2005, l'assurée a été examinée par le Docteur S _____ du Service médical régional AI (ci-après: le SMR), spécialiste FMH en médecine physique et rééducation. Dans son rapport du 10 mars 2005, le médecin a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une gonalgie gauche chronique sur une gonarthrose actuellement tricompartmentale, un status après ostéotomie de valgisation, une cervico-dorsolombalgie à prédominance gauche sur trouble statique et dégénératif, ainsi qu'un rétrolisthésis de C3 sur C4 sans autre signe dégénératif. Le Docteur S _____ a mis en évidence les limitations fonctionnelles suivantes: aucune position en charge du membre inférieur gauche, marche impossible sans l'utilisation d'une canne, pas de port de charges supérieures à 5 à 10kg, pas de position en genuflexion, pas de montée ou de descente d'escaliers, pas de position en antéflexion du tronc, pas de position assise statique au-delà d'une heure et absence de mouvement en porte-à-faux du rachis. L'assurée présentait une incapacité totale de travail dans son activité habituelle depuis le 14 juin 2001, et ce de façon permanente. En revanche, dans une activité adaptée de type sédentaire, en position assise tout en pouvant varier à sa guise les positions, la capacité de travail était estimée à 60% depuis novembre 2004, soit un an après la dernière intervention sur le genou. Cette capacité de travail réduite dans une activité adaptée s'expliquait par une diminution de rendement induite par les différentes pathologies présentées. Dans son rapport du 24 août 2005, le Docteur O _____ a indiqué qu'une ré-opération aurait sans doute lieu durant l'automne. Il a en outre estimé que l'assurée présentait une capacité de travail nulle dans son activité habituelle de femme de nettoyage dès l'accident, mais entière dans une activité adaptée de type sédentaire. Sur mandat de la ZURICH, le Docteur T _____, spécialiste en orthopédie et chirurgie FMH, a rendu un rapport d'expertise en date du 12 septembre 2005. Il a posé les diagnostics suivants : status après contusion du genou gauche, status après trois opérations, flexum résiduel par consolidation de l'ostéotomie en flexum et abaissement de la rotule. Selon le médecin, une nouvelle intervention était nécessaire. Il s'agissait du seul traitement médical envisageable, lequel n'était donc pas terminé. La capacité de travail était nulle dans une profession en permanence debout, telle que celle préalablement exercée. Le Docteur T _____ a fixé le statu quo sine au 3 décembre 2001, date de l'arthroscopie ayant permis de poser un diagnostic précis des lésions du genou gauche. Dans son rapport de réadaptation professionnelle du 25 novembre 2005, la réadaptatrice a proposé d'examiner le droit à des prestations rétroactives, de considérer que depuis novembre 2004 le degré d'invalidité de l'assurée s'élevait à 43,6% et de diminuer la rente entière octroyée dans les délais requis. Actuellement, des mesures professionnelles

n'étaient pas de nature à diminuer le dommage. Par décision du 31 janvier 2006, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2002 au 31 janvier 2005 et un quart de rente à compter du 1^{er} février 2005. Selon l'OAI, il ressortait en effet des pièces médicales du dossier que l'intéressée avait retrouvé une capacité de travail raisonnablement exigible de 60% dans une activité adaptée depuis novembre 2004. Il a donc procédé à la comparaison des revenus avec et sans invalidité, dont il est ressorti une perte de gain de 44%, ouvrant droit à un quart de rente. Par courrier du 13 février 2006, complété le 14 février 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a formé opposition contre cette décision. Elle a contesté le degré d'invalidité de 44% retenu dès le 1^{er} février 2005 et conclu à l'octroi d'une rente entière jusqu'à la fin de sa convalescence et d'une demi-rente par la suite. Le 30 mars 2006, sur demande de la ZURICH, l'employeur de l'assurée a indiqué que sans atteinte à la santé, cette dernière aurait perçu un salaire annuel de 41'600 fr. en 2001, de 42'900 fr. en 2002, de 44'200 fr. en 2003, de 45'825 fr. en 2004, de 46'150 fr. en 2005 et de 46'995 fr. en 2006. Par décision du 15 septembre 2006, entrée en force suite à l'arrêt du Tribunal cantonal des assurances sociales de la République et canton de Genève (ci-après: le TCAS, alors compétent) du 13 janvier 2010, la ZURICH a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 juin 2001 et les troubles présentés par l'assurée au-delà du 3 décembre 2001. L'assurance-accidents a ainsi refusé la prise en charge du cas après le 3 décembre 2001, renonçant toutefois à réclamer le remboursement des indemnités journalières et autres prestations versées ultérieurement. Le 3 octobre 2006, l'assurée a subi une nouvelle opération du genou, sous la forme d'une ostéotomie de déflexion par fermeture antérieure et fixation par plaque Tomofix. Dans son rapport médical du 16 mars 2007, le Docteur U _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie des HUG, a indiqué que l'intervention s'était compliquée par un retard de consolidation et que la situation de sa patiente n'était pas stabilisée. Suite à cette intervention, le Docteur V _____, du SMR, a estimé dans un avis médical du 30 avril 2007 qu'on pouvait admettre une incapacité de travail entière depuis la date de l'opération, soit depuis le 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 Docteur C _____, du Service d'orthopédie et de traumatologie des HUG, 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 d'ici deux mois. Le 10 novembre 2008, à la demande de l'OAI, l'assurée a été examinée par le Docteur W _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine physique et réhabilitation. Dans son rapport d'expertise du 11 décembre 2008, l'expert a retenu, comme diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail, une gonarthrose tricompartmentale sévère au niveau fémoro-tibial interne, un status après quatre interventions sur le genou gauche, des lombalgies chroniques sur scoliose modérée en S inversé et discopathie sévère L4-L5 avec antélisthésis L4-L5 degré I sur probable lyse isthémique, une cervicarthrose modérée sur discopathie C3-C4 et C4-C5 avec discret rétrolisthésis de C3 sur C4, ainsi qu'un syndrome du tunnel carpien gauche probable. Le médecin a mis en évidence les limitations fonctionnelles suivantes: limitation du port de charges de plus de 3 à 5 kg, principalement dans les positions en porte-à-faux penchées en avant, marche (périmètre 20 minutes) et position assise prolongée (plus d'une heure), gêne au niveau du bras gauche lors du port de charges de plus de 3 à 4 kg et dans toute activité nécessitant des mouvements répétés de ce

bras, principalement en élévation. Selon l'expert, les activités de nettoyeuse et de femme de chambre étaient exclues depuis le 13 juin 2001. Par contre, une activité adaptée, s'effectuant principalement en position assise avec possibilité d'alterner les positions et sans port de charge de plus de 3 kg restait possible, à raison de 5 heures par jour avec une diminution de rendement d'environ 10% afin de permettre à l'assurée de faire de petites pauses et de pouvoir changer de position. Sur le plan médical, des mesures de réadaptation pouvaient en outre être envisagées. Dans un avis médical du 4 février 2009, la Doctoresse A _____, du SMR, a estimé que les conclusions du Docteur W _____ équivalaient aux conclusions du SMR suite à l'examen du 28 février 2005. En effet, l'expert confirmait certes l'aggravation de la gonarthrose du genou et l'incapacité de travail totale dans l'activité habituelle de nettoyeuse. Il retenait néanmoins une capacité de travail dans une activité adaptée de 5 heures par jour avec une diminution de rendement d'environ 10%, équivalant à la capacité de travail exigible de 60% retenue par le Docteur S _____ lors de l'examen du SMR du 28 février 2005. Par décision du 9 juillet 2010, l'OAI a rejeté l'opposition de l'assurée du 13 février 2006 et confirmé sa décision d'octroi de rente, se référant notamment à l'expertise du Docteur W _____ et à l'avis du SMR du 4 février 2009. Par acte du 13 septembre 2010, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours contre cette décision. A titre préalable, elle a conclu à ce que le TCAS ordonne une audience de comparution personnelle et une expertise médicale judiciaire. Principalement, elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision du 9 juillet 2010, ainsi qu'à l'octroi d'une rente entière d'invalidité jusqu'à la fin de sa convalescence et d'une demi-rente par la suite. En substance, elle a allégué que son état de santé n'était pas stabilisé lors de la dernière expertise médicale et que l'exigence du retour à une capacité de travail de 60% à partir du mois de novembre 2004 ne tenait pas compte de tous les éléments relevés par les différents médecins l'ayant examinée. Elle a expliqué que dans la mesure où sa convalescence n'était pas terminée, elle n'avait pas encore recouvré de capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée. Par ailleurs, si l'on se référait aux seules limitations fonctionnelles retenues, il s'imposait de limiter sa capacité de travail future à 50% au maximum. La recourante a encore critiqué la comparaison des revenus effectuée par l'OAI aboutissant à un taux d'invalidité de 44%, estimant que le salaire statistique pris en compte au titre de son revenu avec invalidité devait être réduit de 25%, et non de 15% seulement, en raison des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier. Dans sa réponse du 12 octobre 2010, l'intimé a conclu au rejet du recours, se référant à la motivation de sa décision attaquée, ainsi qu'à l'expertise du Docteur W _____. Cette dernière devait en effet se voir reconnaître pleine valeur probante, contrairement aux rapports des médecins-traitants liés à la recourante par une relation de confiance. Aucun élément n'était de nature à modifier la comparaison des revenus effectuée le 25 novembre 2005, de sorte qu'elle était toujours applicable. Concernant plus particulièrement l'abattement de 15%, il devait être maintenu vu que la recourante ne présentait pas de difficulté majeure liée à l'âge, aux années de service, à la nationalité ou à la catégorie d'autorisation de séjour, ni au taux d'occupation. Enfin, le marché du travail ne constituait pas un motif d'abattement du salaire avec invalidité, et encore moins une justification à une baisse médicale de rendement. Dans sa réplique du 16 novembre 2010, la recourante a persisté dans l'intégralité de ses conclusions et requis du TCAS qu'il ordonne, au besoin, une expertise judiciaire relative à l'activité adaptée qu'elle pourrait exercer. En effet, les rapports de l'OAI du 25 novembre 2005 et du Docteur W _____ ne mentionnaient pas quelle activité adaptée pourrait correspondre aux capacités de la recourante et n'étaient donc pas complets. Le rapport de l'OAI était par

ailleurs contradictoire, dans la mesure où d'un côté, l'intimé retenait que seules certaines activités - non identifiées - pouvaient être effectuées par la recourante du fait de ses nombreuses limitations, et de l'autre, il appliquait des données statistiques portant sur l'ensemble des salaires relatives à n'importe quelle activité. Dans sa duplique du 8 décembre 2010, l'intimé a persisté dans ses conclusions. Il a produit une note de son Service de réadaptation du 7 décembre 2010, aux termes de laquelle les activités suivantes seraient adaptées aux limitations fonctionnelles de la recourante: ouvrière à l'établi, employée de conditionnement léger, ouvrière de fabrication de petite mécanique, aide de laboratoire en salle blanche (horlogerie, chimie), huissière, gestionnaire de stock. Toutes ces activités ne nécessitaient d'ailleurs pas de qualification particulière. La Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (ci-après: la CJCAS), compétente en lieu et place du TCAS depuis le 1^{er} janvier 2011, a procédé à la comparution personnelle des parties en date du 23 mars 2011. A cette occasion, la recourante a précisé qu'elle était très perturbée et oubliait beaucoup de choses. Depuis la quatrième intervention sur son genou gauche, elle n'avait plus subi d'interventions, mais avait des problèmes au genou droit depuis quelques temps. Quant à son genou gauche, elle ne sentait plus sa jambe et la pose d'une prothèse totale était envisagée, mais pas pour l'instant car c'était trop tôt. La recourante a contesté les affirmations du Docteur W_____ selon lesquelles elle n'avait pas souffert durant l'entretien et durant le temps d'attente. En effet, ce n'était pas parce qu'elle ne s'était pas plainte qu'elle n'avait pas souffert. Le mandataire de la recourante a indiqué qu'étaient contestés non seulement la date à partir de laquelle l'activité exigible avait été retenue, mais également le fait qu'une activité exigible serait encore possible. A cet égard, il a contesté les conclusions de l'expertise du Docteur W_____ du 11 décembre 2008 et sollicité la mise en place d'une expertise judiciaire. La représentante de l'intimé a indiqué que le SMR, se fondant sans doute sur son propre rapport d'examen de mars 2005, considérait qu'une activité adaptée était exigible depuis novembre 2004. La CJCAS a procédé à l'ouverture des enquêtes et entendu en date du 4 mai 2011 le Docteur W_____ en qualité de témoin. Ce dernier a expliqué, s'agissant de la capacité résiduelle de travail de la recourante, qu'elle était dans une phase consolidée lors de son expertise, de sorte qu'il avait considéré qu'une activité adaptée était exigible à raison de cinq heures par jour, avec une diminution de rendement de 10%. Il avait pu fixer cette capacité résiduelle de travail dans le cadre d'une appréciation globale et a précisé que c'était la synthèse du tout qui donnait la crédibilité et justifiait l'appréciation médicale. La problématique de la douleur était très complexe et tous les centres de la douleur étaient envahis de patients qui souffraient de douleurs sans pouvoir l'expliquer, surtout en l'absence de substrat organique. En l'occurrence, il y avait un substrat organique - un genou très abimé et une arthrose du dos assez sévère - et l'expert avait tenu compte des déclarations de l'assurée qui indiquait avoir trop mal au bout de quelques heures et devoir se coucher et faire des pauses. Pour le passé, il était difficile de se prononcer sur des capacités de travail hors des périodes opératoires, seul le chirurgien orthopédiste qui avait vu la patiente étant capable de le faire. Du point de vue du témoin, il y avait ainsi lieu de se fonder sur les incapacités de travail déterminées par le chirurgien orthopédiste. Sur la base du dossier, le Docteur W_____ avait pu constater qu'en décembre 2007, le Docteur C_____, chirurgien orthopédiste, mentionnait un état stationnaire, mais sans consolidation. A ce moment-là en tout cas, l'assurée ne pouvait être apte à une reprise du travail au vu du risque d'aggravation. Par la suite, il n'y avait plus d'historique médical au dossier et l'état de l'assurée était consolidé lors de l'examen de l'expert en novembre 2008. Il était donc probable que l'assurée était apte à une reprise de

travail dans une activité adaptée au printemps 2008, son état de santé s'étant très vraisemblablement consolidé à cette époque. Le témoin ne pouvait pas être plus précis. S'agissant de l'activité adaptée, elle devait respecter les limitations fonctionnelles telles que décrites à la page 13 de son rapport d'expertise. Quant à ces limitations fonctionnelles, l'appréciation de l'expert était basée sur le dossier radiologique, son observation clinique et l'appréciation générale de la situation. S'agissant de la pathologie du genou gauche, l'arthrose sévère était limitative, surtout pour la marche. Au vu de son observation, même si la patiente se plaignait de douleurs, il avait conclu à ce qu'elle pouvait exercer une activité en position assise, à temps partiel, mais avec la possibilité d'alterner les positions. S'agissant du problème du dos, la patiente présentait une arthrose sévère, mais les limitations ne concernaient que le port de charges, la position en porte-à-faux et toutes les positions contraignantes pour le dos. Enfin, quant aux cervico-brachialgies, il n'y avait pas de trouble dégénératif sévère et elles étaient dues en partie au problème d'un tunnel carpien du bras gauche. Or l'assurée était droitrière. Par conséquent, hormis le port de charges et les mouvements répétitifs au niveau du bras gauche, une capacité de travail partielle restait possible. Lors de l'expertise, la patiente avait décrit des douleurs dans le genou et dit être limitée à une heure maximum en position assise. Le témoin a toutefois mentionné que la recourante n'était pas en charge sur le genou dans cette position et qu'elle était restée assise dans son cabinet environ une heure et demie. Déterminer le type d'activité adaptée dépassait par contre ses compétences. Sur question, il a confirmé avoir mentionné dans son rapport que le problème du genou avait aggravé le problème du dos par la boiterie antalgique et l'utilisation d'une canne, étant précisé qu'il n'y avait pas de corrélation clinique évidente entre une constatation radiologique du dos et les douleurs. Dans ses écritures après enquêtes du 19 mai 2011, l'intimé a persisté dans ses conclusions, se référant à un avis médical du 9 mai 2011 de la Doctoresse A_____, du SMR. Dans ce document, cette dernière a mis en évidence une contradiction dans l'appréciation du chirurgien orthopédiste, lequel constatait en décembre 2007 que l'état était stationnaire mais sans consolidation. Elle a regretté que l'expert n'explique pas cette contradiction, ni pourquoi selon lui la recourante n'était pas apte à la reprise du travail à cette période au vu du risque d'aggravation. Selon la Doctoresse A_____ en effet, une capacité de travail ne se basait pas sur des risques éventuels mais sur un état de fait qui, si l'état était stationnaire, n'était plus susceptible de se modifier. En définitive, le procès-verbal d'audience du 4 mai 2011 ne démontrait pas une aggravation de l'état de santé de l'assurée depuis novembre 2004 qui l'aurait empêché d'avoir une activité adaptée à 60% depuis lors. Ce procès-verbal n'apportait ainsi aucun élément permettant de modifier les conclusions de l'avis du SMR du 4 février 2009. Dans ses écritures après enquêtes du 30 mai 2011, la recourante a persisté dans l'intégralité de ses conclusions. S'agissant tout d'abord de l'activité raisonnablement exigible, elle a contesté le rapport du service de réadaptation de l'intimé du 7 décembre 2010, se référant aux conclusions de ses médecins-traitants et alléguant ne pouvoir exercer à ce jour aucune activité professionnelle adaptée. Elle a également repris ses arguments quant à l'abattement du salaire exigible. Enfin, selon la recourante, l'intimé avait retenu de manière totalement arbitraire qu'une activité adaptée serait exigible dès novembre 2004, soit un an après la dernière intervention sur le genou. En effet, une opération du genou avait encore eu lieu à l'automne 2005 (recte: 2006) et l'expert, le Docteur W_____, avait estimé que la date à partir de laquelle une activité professionnelle était exigible de la part de la recourante se situait entre décembre 2007, date du rapport du Docteur C_____, et décembre 2008, date de son propre rapport. Après

communication aux parties des observations après enquêtes, la cause a été gardée à juger. EN DROIT 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 1^{er} 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. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} 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 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 4^{ème} et à la 5^{ème} révisions, entrées en vigueur respectivement en date des 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} 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 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, en fonction des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4^{ème} et la 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). 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). 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). 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 1^{er} juin 2002 au 31 janvier 2005, puis à un quart de rente dès le 1^{er} février 2005, singulièrement si à compter du 1^{er} 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 1^{er} 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 1^{er} février 2005. 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. 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).

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. 1^{er} 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. 1^{er} 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 1^{er} 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. 1^{er} LPGA, mais pas avant le mois qui suit son dix-huitième anniversaire.

b) Selon l'art. 28 al. 1^{er} 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. 1 bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40% au moins. Selon l'art. 28 al. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur du 1^{er} 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. 1^{er} LAI dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} 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. 29^{ter} 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. 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 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). 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). 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). 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 1^{er} novembre 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 1^{er} 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%. 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'examen 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 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. 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. 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 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 1^{er} 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 1^{er} avril 2008. 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'invalidité, 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'invalidité 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 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). 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'invalidité 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 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 1^{er} 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. 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 1^{er} avril 2008. Conformément à la disposition précitée, la rente entière allouée depuis le 1^{er} 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 1^{er} juin 2002 au 30 juin 2008 et à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2008. 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 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. 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. 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). En vertu de l'art. 69 al. 1bis LAI, entré en vigueur le 1^{er} 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. **PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement dans le sens des considérants et annule la décision de l'OAI du 9 juillet 2010. Dit que Madame A _____ a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juin 2002 au 30 juin 2008 et à un quart de rente dès le 1^{er} juillet 2008. Renvoie la cause à l'intimé pour décision sur les mesures professionnelles. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de 3'000 fr. à titre de dépens. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé. 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; RS 173.110); 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 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.