

GE_GERICHTE A/30/2012 vom 22. Mai 2012

GE Cour de justice, 2012-05-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_30_2012

FR: GE_GERICHTE A/30/2012 du 22 mai 2012

IT: GE_GERICHTE A/30/2012 del 22 maggio 2012

Erwägungen

E. 1

ère Chambre En la cause Madame Z _____, domiciliée au Petit-Lancy, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève intimé EN FAIT Madame Z _____ (ci-après l'assurée), née en Algérie en 1957, au bénéfice d'une formation en tant qu'agente commerciale qualifiée X _____, est arrivée en Suisse en 1991. Dès 1996, elle a travaillé en tant qu'aide-hospitalière auprès de la Maison de retraite Y _____. Son salaire annuel s'élevait à 56'993 fr. 55 pour un plein temps en 2000 (questionnaire pour l'employeur daté du 14 janvier 2002). Dès le 15 janvier 2001, l'assurée a été en incapacité de travail totale. Le 27 novembre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après OAI). Par rapport du 22 janvier 2002, la Dresse L _____, médecin traitant, a diagnostiqué des lombalgies chroniques, une périarthrite scapulo-humérale gauche et un état dépressivo-anxieux depuis le 15 janvier 2001. Après avoir soulevé un patient, l'assurée avait ressenti des douleurs à la région lombaire. L'assurée était suivie par un psychiatre depuis octobre 2001 et par le Dr M _____, spécialiste FMH en rhumatologie et en médecine générale, depuis décembre 2001. L'incapacité de travail était totale dans l'activité habituelle et de 50% dans une activité adaptée. Par rapport du 9 octobre 2003, le Dr M _____ a diagnostiqué des lombalgies chroniques, des conflits de la coiffe aux épaules et une réaction dépressive. Il a confirmé l'incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2001 et de 50% dans une activité adaptée. Lors d'un examen effectué le 13 juillet 2004, les Drs N _____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation, et O _____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du Service médical régional AI (ci-après SMR), ont diagnostiqué dans leur rapport du 15 juillet 2004, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques (troubles statiques et dégénératifs du rachis lombaire prédominant L4-L5, une protrusion discale médiane et paramédiane L4-L5 et dans une moindre mesure L5-S1) et des cervicobrachialgies droites chroniques (tendinopathie de la coiffe des rotateurs). En raison de ces atteintes, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle, mais une capacité de travail totale dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles depuis mars 2001. Par rapport du 26 mai 2005, le Dr M _____ a constaté l'aggravation des lombalgies droites. La capacité de travail était nulle dans toute activité. Par rapport du 1^{er} juin 2005, le Dr P _____, spécialiste en neurochirurgie, a rappelé que l'assurée présentait des lombalgies chroniques et un syndrome dépressif. A son avis, une capacité de travail de 50 à 70% était exigible dans une activité adaptée (pas de charges, changement fréquent de positions, pas de mouvements répétitifs). Le 5 octobre 2005, l'assurée a subi une intervention chirurgicale effectuée par le Dr P _____, consistant en une décompression et une fixation L4-L5 pour canal étroit

sur spondylolisthésis. Par rapport du 3 avril 2006, le Dr P _____ a indiqué que l'intervention avait apporté une nette amélioration. L'assurée, qui effectuait encore des séances de physiothérapie, pouvait exercer une activité à 50% dans un poste adapté (accueil, secrétariat) dès le 1^{er} avril 2006. Il avait constaté que l'assurée avait de la peine à maintenir les postures de façon prolongée. Selon lui, la reprise de travail et le taux devaient être réévalués par un médecin indépendant et un examen complémentaire était absolument nécessaire pour évaluer les conséquences de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail. Par rapport du 4 avril 2006, le Dr M _____ a également confirmé l'amélioration de l'état de santé de l'assurée. La mobilité rachidienne restait toutefois très limitée. Selon lui, l'assurée ne pourrait jamais reprendre son activité habituelle. Par rapport reçu le 21 avril 2006 par l'OAI, la Dresse L _____ a noté également une amélioration de l'état de santé suite à l'intervention chirurgicale ; l'assurée avait moins de douleurs. La capacité de travail résiduelle était de 50%. A la demande de l'OAI, le Dr Q _____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, et la Dresse R _____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du SMR, ont, suite à un examen effectué le 22 janvier 2007, diagnostiqué dans leur rapport du 23 janvier 2007, avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques persistantes (status après cure de hernie discale L4-L5 droite et spondylodèse lombaire par voie postérieure) et des cervico-brachialgies droites chroniques persistantes (troubles dégénératifs cervicaux étagés avec notamment une uncarthrose C4-C5 prédominant à droite et une tendomyose en cascade du membre supérieur droit). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une maladie de Dupuytren des deux mains prédominant à droite et des troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. En raison de ces atteintes, l'assuré présentait des limitations fonctionnelles, soit la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charge d'un poids excédant 7 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant le déploiement de force avec le membre supérieur droit, pas de travail se faisant avec le membre supérieur droit maintenu à plus de 45° de flexion et/ou d'abduction, pas de travail imposant le maintien de la tête dans une position extrême prolongée. Il n'y avait aucune limitation fonctionnelle sur le plan psychiatrique. Selon les examinateurs, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle, mais totale dans une activité adaptée depuis mars 2001, excepté pendant les six mois qui avaient suivi l'opération neurochirurgicale, période pendant laquelle l'incapacité de travail était totale. Les examinateurs ont relevé que suite à l'opération, la situation lombaire s'était nettement améliorée. En revanche, depuis l'été 2006, l'assurée annonçait une dégradation de la situation sous forme de cervico-brachialgies droites importantes. L'examen clinique général était sans particularité. Au plan rachidien, l'examen révélait des troubles modestes de la statique. La mobilité cervicale et la mobilité dorso-lombaire étaient limitées. Il était indéniable que l'assurée présentait une atteinte à la santé dans le domaine ostéo-articulaire sous forme de troubles dégénératifs tant rachidiens que lombaires. Il y avait une certaine cohérence entre la localisation des plaintes intéressant surtout la région cervico-brachiale droite et les lombosciatiques droites, mais il y avait également des discordances dans le sens que la problématique objectivée est peu compatible avec l'importance des douleurs alléguées puisqu'il existait au status clinique objectif des aberrations, notamment en ce qui concerne la sensibilité superficielle aux extrémités qui évoquent une part de non-organicité. Par rapport du 29 juin 2007, l'OAI a, suite à un entretien avec l'assurée, conclu à ce que des

mesures d'orientation professionnelles n'étaient pas envisageables car vraisemblablement d'emblée vouées à l'échec. Par rapport du 1^{er} novembre 2007, la Dresse S _____, spécialiste FMH en neurologie et électromyographie, a mis en évidence des névralgies cervico-brachiales à prédominance C7 droite déficitaires sur le plan sensitif et non déficitaires sur le plan moteur ainsi que des signes en faveur d'une neuropathie du nerf cubital droit au coude et du nerf médian droit dans le canal carpien. Par décision du 10 juin 2008, confirmant un projet de décision du 28 novembre 2007, l'OAI a rejeté la demande de prestations de l'assurée. Suite au recours interjeté le 18 août 2008 par l'assurée contre cette décision, l'OAI a, par nouvelle décision du 16 octobre 2008, annulé et remplacé sa décision du 10 juin 2008, en vue d'une instruction complémentaire (ATAS/1242/2008 du 4 novembre 2008). Par rapport du 28 août 2008, le Dr P _____ a expliqué que contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport SMR du 23 janvier 2007, l'intervention chirurgicale ne portait pas sur une hernie discale mais sur un canal lombaire étroit dégénératif avec spondylolisthésis L4-L5. Les suites étaient marquées par une amélioration immédiate sous forme d'une réduction des douleurs tant lombaires que radiculaires. Depuis le mois d'octobre 2006, l'assurée se plaignait de douleurs de la ceinture cervico-scapulaire avec irradiation dans le membre supérieur droit. Les diagnostics posés par ce médecin étaient : un status après décompression et arthrodèse L4-L5 pour canal lombaire étroit sur spondylolisthésis dégénératif, une cervicarthrose étagée avec sténose foraminale droite C4-C5, C5-C6, C6-C7, une neuropathie du nerf cubital droit au coude et du nerf médian droit dans le canal carpien ainsi que la maladie de Dupuytren droite. Il considérait que la capacité de travail résiduelle était de 50% depuis le 1^{er} avril 2006, dans une activité de type administratif ou dans les métiers d'accueil. La difficulté principale pour l'assurée était de maintenir les postures de façon prolongée. Le fait de pouvoir changer régulièrement de posture facilitera les choses, mais n'empêchera pas les douleurs de se développer au fil des heures. De plus, les mouvements à caractère répétitif étaient également mal tolérés. A ceci s'ajoutait un facteur stress qui allait accentuer les douleurs par l'augmentation des tensions musculaires. Il était donc important que l'assurée puisse alterner les phases d'activité et les phases de repos lui permettant de récupérer. Par rapport du 13 septembre 2008, la Dresse L _____ a indiqué que l'assurée avait une capacité de travail résiduelle de 50% depuis août 2003 ; l'assurée ne pouvait ni rester debout, ni assise trop longtemps. Dans le cadre de l'instruction complémentaire diligentée par l'OAI, ce dernier a requis des renseignements auprès des médecins traitants. Par rapport du 31 janvier 2009, la Dresse L _____ a rappelé les diagnostics constatés. L'assurée prenait des antalgiques et suivait des séances de physiothérapie. On ne pouvait s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, laquelle était nulle dans l'activité habituelle. Selon ce médecin, l'unique activité qui pouvait être exigée de l'assurée, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, était celle lui permettant de monter les escaliers. Par rapport du 5 février 2009, le Dr M _____ a également rappelé les diagnostics. Il précise que les cervico-brachialgies restent la symptomatologie dominante et correspondent au handicap fonctionnel principal. On ne pouvait pas s'attendre à une amélioration de la capacité de travail, qui était nulle depuis 2001. Par rapport du 14 février 2009, le Dr P _____ a notamment indiqué que la reprise d'une activité adaptée était possible à 50%, pour autant que l'assurée puisse changer fréquemment de position. L'assurée pouvait se pencher occasionnellement, monter les escaliers et soulever/porter des charges de 5 kg de temps en temps. Par courrier adressé le 18 juin 2009 à l'OAI, le Dr P _____ a rappelé les diagnostics : status post décompression et fixation L4-L5 pour canal étroit sur spondylolisthésis, uncarthrose

cervicale avec névralgies brachiales droites, neuropathie périphérique cubitale et médiane à droite, maladie de Dupuytren droite et sclérose sacro-iliaque droite. Il lui semblait qu'une activité à 50% était envisageable dans une occupation appropriée. A la demande de l'OAI, la Dresse T _____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et le Dr U _____, spécialiste FMH en neurologie, médecins auprès du BUREAU ROMAND D'EXPERTISES MEDICALES (ci-après BREM), ont, sur la base notamment d'un examen effectué le 25 juin 2009, diagnostiqué, par rapport du 26 octobre 2009, avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose cervico-lombaire évoluée sans radiculopathie ni myélopathie, une périarthrite scapulo-humérale récidivante, un status après décompression et arthrodèse L4-L5 pour canal lombaire étroit sur spondylolisthésis dégénératif. Les lombosciatalgies droites étaient présentes depuis janvier 2001 et les cervicobrachialgies droites depuis l'été 2006. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait un excès pondéral, un tabagisme, une neuropathie cubitale droite irritative et un status après cure du tunnel carpien et maladie de Dupuytren. En raison de ces atteintes, les limitations fonctionnelles étaient éviter le travail répété au-dessus de l'horizontale, le port de charges bras tendus ou en flexion statique de plus de 5-10kg de façon répétée, les mouvements répétés de serrage et dévissage, le port de charges de plus de 15 kg, la station assise ou debout prolongée de plus de 60 minutes d'affilée, les longs déplacements à pieds, le travail statique en porte-à-faux, en réclinaison, flexion ou torsion répétées du tronc, l'extension prolongée de la nuque, ainsi que les déplacements sur de longues distances. L'activité devait permettre d'alterner les positions. Selon les experts, les troubles constatés excluaient une capacité de travail dans l'activité d'aide-soignante depuis janvier 2001. Dans une activité adaptée, une capacité de travail totale était exigible, mis à part la période chirurgicale du rachis qui avait donné lieu à une incapacité de travail totale dans toute activité sur six mois, avec une reprise à 50% pendant un mois, et à 75% pendant encore un mois. A huit mois post-opératoire, une capacité de travail totale dans une activité adaptée était exigible. Ils ont précisé qu'une diminution de rendement de 10% dans l'activité à 100% devait être envisagée, en raison de la prise de médicaments pouvant interférer quelque peu avec la vigilance. Les experts ont indiqué s'écarter de l'avis du Dr P _____ qui retenait des éléments non neurochirurgicaux lorsqu'il admettait une capacité de travail de 50% et suggérait par ailleurs un avis externe. La maladie spondylarthrosique, dont les lésions prédominaient au niveau cervical bas et lombaire, donnait lieu à des limitations fonctionnelles. Il n'y avait pas de syndrome cervical, ni lombovertébral significatif. Les experts confirmaient les limitations fonctionnelles retenues par les médecins du SMR. Elles n'interféraient pas avec une activité adaptée qui paraissait pleinement exigible. Il n'y avait pas d'aggravation de l'état de santé depuis lors. La symptomatologie péri-articulaire des épaules était déjà connue et stable. Les experts confirmaient également les limitations fonctionnelles relevées par les médecins du SMR. Le status après cure du tunnel carpien ne montrait pas de limitation du carpe, de la musculature intrinsèque de la main. Un bilan électroneuromyographique de la main, effectué le 13 octobre 2009 par le Dr V _____, spécialiste FMH en neurologie, était normal. Au plan neurologique, l'assurée présentait des cervico-lombalgies chroniques persistantes sur trouble dégénératif du rachis entraînant une diminution de la mobilité des segments cervico-lombaires et du rachis. Il n'y avait aucune répercussion neurologique objective en faveur d'une atteinte myélo-radiculaire au niveau cervical, ni même radiculaire au niveau lombaire. Il n'y avait aucune anomalie au niveau des réflexes ostéotendineux aussi bien aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. Il existait tout au plus de discrets troubles

sensitifs subjectifs correspondant au territoire cubital droit et possiblement en relation avec une neuropathie ulnaire au niveau du coude. Les éléments plaidaient contre une atteinte neurologique à l'origine des troubles. Les lâchages constatés lors du testing musculaire, contrastaient avec une mobilisation normale lors des mouvements spontanés au cours de l'entretien et au cours de l'examen neurologique, notamment lors de la marche. On pouvait conclure qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique hormis une discrète irritation du nerf cubital au niveau du coude sans répercussion fonctionnelle, sans rapport d'ailleurs avec les rachialgies. Le nouvel ENMG effectué le 13 octobre 2009 ne démontrait pas d'atteinte radiculaire de C5-C6 à C8-T1 droit. Une atteinte purement irritative du nerf cubital au coude à droite ne pouvait toutefois pas être formellement écartée, mais elle ne justifiait pas de limitation fonctionnelle supplémentaire à celles qui ont été établies, ni de limitation durable de la capacité de travail. En conclusion, le consensus entre les deux experts permettait de conclure aux diagnostics et aux limitations fonctionnelles précités. Chacun des experts avait mis en évidence des discordances, des lâchages, des parasitages par des signes de Waddell évoquant une certaine amplification des symptômes. En conséquence, sur le plan purement ostéoarticulaire et neurologique, le pronostic était tout à fait favorable en terme biomécanique. Par avis du 1^{er} février 2010, la Dresse W _____, médecin auprès du SMR, s'est ralliée aux conclusions des experts. L'incapacité de travail était entière dans une activité adaptée dès mars 2001, hormis pendant les huit mois qui avaient suivi l'intervention chirurgicale effectuée le 11 octobre 2005, soit une incapacité de travail totale du 11 octobre 2005 au 11 avril 2006 (pendant six mois), à 50% du 12 avril au 12 mai 2006, à 25% du 13 mai au 13 juillet 2006, puis à nouveau une capacité de travail totale dès le 14 juillet 2006. Par projet de décision du 11 octobre 2010, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui octroyer une rente entière du 1^{er} octobre 2005 au 31 juillet 2006 (invalidité de 100%), un trois-quart de rente du 1^{er} au 31 août 2006 (invalidité de 67%) et une demi-rente du 1^{er} septembre au 31 octobre 2006 (invalidité de 51%). Par courrier du 11 novembre 2010, l'assurée a contesté le projet de décision, en s'appuyant sur l'avis du Dr P _____ du 28 août 2008 et en relevant que l'exercice d'un travail adapté relevait de l'utopie. Par décision du 24 novembre 2010, l'OAI a maintenu son projet, estimant que celui-ci reposait sur un état de fait économique et médical parfaitement documenté et objectivé, ne prêtant pas le flanc à la critique. L'activité habituelle n'était plus exigible depuis mars 2001. Toutefois, depuis le début de l'incapacité de travail durable, une capacité de travail de 100% sans baisse de rendement était raisonnablement exigible dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues par les experts du BREM. En raison de l'intervention chirurgicale subie le 11 octobre 2005, l'incapacité de travail avait été toutefois totale jusqu'au 11 avril 2006, puis à 50% jusqu'au 12 mai 2006, puis à 25% jusqu'au 13 juillet 2006, date à partir de laquelle la capacité de travail était à nouveau totale dans l'activité adaptée. L'OAI a indiqué que selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2000, TA1), une femme travaillant à temps complet dans un poste non qualifié (niveau 4) peut réaliser un gain annuel de 46'993 fr. compte tenu de la durée normale hebdomadaire de travail, et d'une indexation du salaire à l'année 2001. Une réduction de 20% pouvant être opérée pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seul un travail léger est indiqué, il en résultait un revenu annuel avec invalidité de 37'594 fr. en 2001. Comparé au revenu sans invalidité que l'assurée aurait réalisé en 2001, soit 57'263 fr., il en résultait un degré d'invalidité de 34%, n'ouvrant pas droit à une rente à la fin du délai d'attente d'une année, soit en mars 2002. Etant donné que dès le 11 octobre 2005, aucune activité n'était exigible, l'assurée avait droit à une rente entière (invalidité de

100%). A compter du 12 avril 2006, elle présentait une capacité de travail résiduelle de 50%. En comparant le revenu sans invalidité (57'263 fr.) au revenu avec invalidité (18'797 fr. ; correspondant à 50% x 37'594 fr.), il en résultait un degré d'invalidité de 67%. La rente entière devait donc être diminuée à trois-quart de rente dès le 1^{er} août 2006 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain). Dès le 13 mai 2006, l'assurée présentait une capacité de travail résiduelle de 75%. En comparant le revenu sans invalidité (57'263 fr.) au revenu avec invalidité (28'196 fr. ; correspondant à 75% x 37'594 fr.), il en résultait un degré d'invalidité de 51%. Le trois-quart de rente devait donc être diminué à une demi-rente dès le 1^{er} septembre 2006 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain). Dès le 14 juillet 2006, la capacité de travail était à nouveau entière dans une activité adaptée, de sorte que le degré d'invalidité était à nouveau de 34%. La demi-rente devait donc être supprimée dès le 1^{er} novembre 2006 (soit trois mois après l'amélioration de la capacité de gain). Par acte du 6 janvier 2012, l'assurée a interjeté recours contre la décision, concluant préalablement à l'audition des Drs P _____, U _____ et T _____, et principalement, à l'annulation de la décision - en tant qu'elle lui supprime toute rente dès le 31 octobre 2006 - et à l'octroi d'une demi-rente dès le 1^{er} novembre 2006. La recourante fait valoir que les experts ont considéré de manière abstraite qu'elle pouvait, une année après l'intervention chirurgicale effectuée en octobre 2005, reprendre une activité avec de sérieuses limitations, sans dire quelle activité, et de surcroît sans réadaptation professionnelle, alors qu'elle était âgée de 49 ans à l'époque. Selon elle, c'est tout au plus une activité à 75%, ne nécessitant aucun effort et lui permettant d'alterner les positions, qui serait exigible de sa part. La recourante fait également remarquer que l'OAI a pris en compte, pour calculer le degré d'invalidité en 2006, un salaire sans invalidité valable pour l'année 2001. A l'évidence, ce salaire n'était plus applicable cinq ans plus tard. Par ailleurs, l'OAI avait pris en compte un salaire avec invalidité pour des activités simples et répétitives ne nécessitant aucune formation. Or, les gestes répétitifs étaient justement proscrits. Selon la recourante, son état de santé lui donne droit au versement d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2006. Par réponse du 30 janvier 2012, l'intimé conclut au rejet du recours pour les motifs indiqués dans la décision litigieuse. Il s'oppose à l'audition des médecins dès lors que le dossier contient suffisamment d'indications médicales fiables que les arguments de la recourante ne peuvent mettre en doute. Après avoir adressé une copie de cette écriture à la recourante, la Cour de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, 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). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le

1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la 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 93 consid. 6b, ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 24 novembre 2011, est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, ainsi qu'à l'entrée en vigueur respectivement, le 1^{er} janvier 2004 et le 1^{er} janvier 2008, des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision) et de celles du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit à une rente 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la suppression à compter du 1^{er} novembre 2006 de toute rente octroyée à la recourante. Selon la jurisprudence, une décision par laquelle l'assurance-invalidité accorde une rente d'invalidité avec effet rétroactif et, en même temps, prévoit l'augmentation, la réduction ou la suppression de cette rente, correspond à une décision de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2; ATF 125 V 413 consid. 2d et les références; VSI 2001 p. 157 consid. 2), respectivement. 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 343 consid. 3.5; ATF 113 V 273 consid. 1a; ATF non publié 9C_1006/2010 du 22 mars 2011, consid. 2.2). En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, 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. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (ATFA non publié I 654/00 du 9 avril 2001, consid. 1). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres

spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'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). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait

remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a, ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - Cst; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b, ATF 122 V 157 consid. 1d). En l'occurrence, la recourante est d'avis que contrairement à ce qu'a retenu l'intimé, elle ne peut exercer une activité adaptée à plein temps à compter du 14 juillet 2006, soit huit mois après l'intervention chirurgicale du rachis effectuée par le Dr P_____. Il n'est pas contestable que la recourante, qui souffre de lombalgies chroniques, de cervico-brachialgies droites et d'une périarthrite scapulo-humérale bilatérale, présente une incapacité de travail totale depuis le 15 janvier 2001 dans son activité habituelle d'aide-hospitalière. La recourante ne conteste par ailleurs pas qu'avant de subir l'intervention chirurgicale du rachis le 5 octobre 2005, sa capacité de travail dans une activité adaptée était totale depuis mars 2001, comme l'a retenu l'intimé dans sa décision litigieuse. Est contestée par contre, la capacité de travail résiduelle que présentait la recourante huit mois après cette intervention chirurgicale. Le 22 janvier 2007, la recourante a été soumise à un examen effectué par les Drs Q_____ et R_____, médecins auprès du SMR. Dans leur rapport du 23 janvier 2007, les Drs Q_____ et R_____ ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, des lombalgies chroniques persistantes et des cervico-brachialgies droites chroniques persistantes. Ils ont constaté que la situation lombaire s'était nettement améliorée suite à l'intervention chirurgicale; en revanche, depuis l'été 2006, les cervico-brachialgies droites étaient devenues plus importantes. Les limitations fonctionnelles étaient : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la position debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg, pas de port régulier de charge d'un poids excédant 7 kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, pas de travail impliquant le déploiement de force avec le membre supérieur droit, pas de travail se faisant avec le membre supérieur droit maintenu à plus de 45° de flexion et/ou d'abduction, pas de travail imposant le maintien de

la tête dans une position extrême prolongée. Les médecins ont estimé que la recourante présentait une capacité de travail totale dans une activité adaptée depuis mars 2001, excepté pendant les six mois qui avaient suivi l'opération, période pendant laquelle son incapacité de travail avait été totale. Le 25 juin 2009, la recourante a été soumise à une expertise effectuée par les Drs T_____ et U_____, médecins auprès du BREM. Par rapport du 26 octobre 2009, les experts ont diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une spondylodiscarthrose cervico-lombaire évoluée sans radiculopathie ni myélopathie, une périarthrite scapulo-humérale récidivante, un status après décompression et arthrodèse L4-L5 pour canal lombaire étroit sur spondylolisthésis dégénératif. Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait notamment une neuropathie cubitale droite irritative et un status après cure du tunnel carpien et maladie de Dupuytren. En raison de ces troubles somatiques, la recourante présentait des limitations fonctionnelles : éviter le travail répété au-dessus de l'horizontale, le port de charges bras tendus ou en flexion statique de plus de 5-10kg de façon répétée, les mouvements répétés de serrage et dévissage, le port de charges de plus de 15 kg, la station assise ou debout prolongée de plus de 60 minutes d'affilée, les longs déplacements à pieds, le travail statique en porte-à-faux, en réclinaison, flexion ou torsion répétées du tronc, l'extension prolongée de la nuque, ainsi que les déplacements sur de longues distances. L'activité exercée devait permettre d'alterner les positions. S'agissant de la capacité de travail résiduelle, les experts ont également estimé que dans une activité adaptée, la capacité de travail était totale, mis à part la période chirurgicale du rachis qui avait donné lieu à une incapacité de travail totale dans toute activité sur six mois, avec une reprise à 50% pendant un mois, et à 75% pendant encore un mois. A huit mois post-opératoire, une capacité de travail totale dans une activité adaptée était donc exigible, étant précisé qu'une diminution de rendement de 10% dans l'activité à 100% devait être envisagée, en raison de la prise de médicaments pouvant interférer quelque peu avec la vigilance. La Cour de céans constate que tant le rapport des examinateurs que celui des experts se basent sur des examens de la recourante et sur son dossier asséculo-logique. Les anamnèses sont complètes et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. Les examinateurs et les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, sur sa capacité de travail et sur ses limitations fonctionnelles. Enfin, ils ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Il s'ensuit que ces deux rapports remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que leur soit accordée une pleine valeur probante. Par ailleurs, il ne ressort pas des rapports versés à la procédure d'éléments concrets susceptibles de remettre en cause leurs conclusions. En effet, les diagnostics posés par les examinateurs et les experts correspondent à ceux constatés par les Drs L_____, P_____ et M_____. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée après l'intervention chirurgicale, le Dr M_____ ne s'est pas prononcé sur cette question ; quant au Dr P_____ et à la Dresse L_____, ceux-ci ont certes indiqué qu'elle serait de 50% (rapports du Dr P_____ des 3 avril 2006, 28 août 2008, 14 février et 18 juin 2009 ; rapports de la Dresse L_____ des 21 avril 2006 et 13 septembre 2008). Cela étant, on relèvera que la Dresse L_____ n'apporte pas de justification quant à ce taux. De plus, en tant qu'elle estime que l'unique activité qui peut être exigée de la recourante serait celle lui permettant de monter les escaliers (rapport du 31 janvier 2009), son appréciation paraît peu convaincante. Quant au Dr P_____, la Cour de céans constate que ce médecin n'est pas aussi catégorique que semble le croire la recourante : de

son propre aveu, il a admis qu'un examen complémentaire, effectué par un médecin indépendant, lui semblait nécessaire pour évaluer les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail de la recourante (rapport du 3 avril 2006). De surcroît, on relèvera que l'expression utilisée par le Dr P _____ dans son rapport du 18 juin 2009 (« il semble cependant qu'une activité à 50% soit envisageable dans une occupation appropriée ») est empreinte d'incertitude. Quoi qu'il en soit, les limitations fonctionnelles constatées par le Dr P _____ ont été prises en compte par les examinateurs et les experts. Compte tenu de ce qui précède, les appréciations des Drs P _____ et L _____, émises en outre à titre de médecin traitant, ne sauraient écarter les conclusions convaincantes rendues par les examinateurs et les experts. Le SMR a quant à lui considéré, dans son avis du 1^{er} février 2010, qu'il y avait lieu de suivre les conclusions des experts, lesquels ont préconisé - contrairement aux examinateurs - une reprise progressive de l'exercice d'une activité adaptée après l'intervention chirurgicale subie par la recourante en octobre 2005, à savoir 6 mois en incapacité de travail totale (jusqu'au 11 avril 2006), puis à 50% du 12 avril au 12 mai 2005, puis à 25% du 13 mai au 13 juillet 2006, date à partir de laquelle la capacité de travail résiduelle est entière. Cela étant, rien ne permet de comprendre pour quelle raison le SMR n'a pas retenu la diminution de rendement de 10% relevée par les experts, et qui se justifie par la baisse de vigilance entraînée par les médicaments. Compte tenu de ce qui précède, au vu des conclusions convaincantes des experts, il y a lieu de retenir que la recourante présentait dès le 14 juillet 2006 une capacité résiduelle de 90% dans une activité tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Il s'ensuit que l'audition des Drs P _____, U _____ et T _____ demandée par la recourante, n'apporterait selon toute vraisemblance aucune constatation nouvelle. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a ; ATF 122 III 223 consid. 3c ; ATF 120 Ib 229 consid. 2b ; ATF 119 V 344 consid. 3c et la référence). Dans la mesure où la capacité de travail de la recourante était de 75% depuis le 13 mai 2006, force est de constater que sa capacité de gain s'est améliorée dès le 14 juillet 2006. Reste à déterminer le taux d'invalidité qu'elle a présenté à compter de cette date. 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 (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). 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 128 V 29 consid. 1, 104 V 135 consid. 2a et 2b). Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). 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 129 V 222, consid. 4.3.1). Quant au revenu d'invalide, 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'invalide peut être évalué sur la base de données statistiques, telles qu'elles résultent de l'ESS (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). L'étendue de l'abattement justifié dans un cas concret relève du pouvoir d'appréciation (ATF 132 V 393, consid. 3.3). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. 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 adoptée 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 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, ATF 123 V 150 consid. 2 et les références; ATF non publié 8C_337/2009 du 18 février 2010, consid. 7.5). En l'occurrence, dans la mesure où le changement de la capacité de travail ayant une incidence sur la capacité de gain de la requérante a eu lieu en juillet 2006, il convient de se placer en 2006 pour procéder à la comparaison des revenus. a) Selon les renseignements fournis par l'employeur en date du 14 janvier 2002, la requérante a réalisé en 2000, sans atteinte à la santé, un revenu annuel de 56'993 fr. 55 à plein temps. Adapté selon l'indice suisse des salaires nominaux pour les femmes (ISS ; en 2000 : 2190 et en 2006 : 2417), le revenu sans invalidité en 2006 est de 62'901 fr. S'agissant du revenu d'invalidité, la requérante conteste la prise en compte d'un salaire résultant des statistiques salariales pour des activités simples et répétitives, faisant valoir d'une part, que ces activités ne seraient pas adaptées à ses limitations fonctionnelles et d'autre part, que l'intimé n'a pas expliqué quel type d'activités elle pourrait encore exercer. Elle argue en outre du fait qu'elle n'a pas effectué une formation au préalable et qu'il y a lieu de tenir compte de son âge. S'il eût été certainement judicieux que l'intimé donne à la requérante, à titre d'information, des exemples d'activités adaptées qu'elle peut encore exercer, il convient néanmoins d'admettre que le marché du travail offre un éventail suffisamment large d'activités légères, dont on doit convenir qu'un nombre significatif sont adaptées aux limitations de la requérante et accessibles sans aucune formation particulière. A cet égard, la requérante n'établit pas de manière convaincante en quoi des activités simples de vérification ou de contrôle, dès lors qu'elles permettraient en particulier l'alternance des positions, ne seraient pas exigibles au regard des limitations retenues. Par ailleurs, on relèvera que seul le travail répété au-dessus de l'horizontal - en raison de l'atteinte aux épaules - est à éviter, et non pas toute activité répétitive. On rappellera au demeurant qu'il n'y a pas lieu, dans ce contexte, d'examiner dans quelle mesure la situation concrète du marché du travail permettrait à la requérante de retrouver un emploi. Enfin, s'il est vrai que des facteurs tels que l'âge, le manque de formation ou les difficultés linguistiques jouent un rôle non négligeable pour déterminer dans un cas concret les activités que l'on peut encore raisonnablement exiger d'un assuré, ils ne constituent pas des circonstances supplémentaires qui, à part le caractère raisonnablement exigible d'une activité, sont susceptibles d'influencer l'étendue de l'invalidité, même s'ils rendent parfois

difficile, voire impossible la recherche d'une place et, partant, l'utilisation de la capacité de travail résiduelle (ATFA non publié I 805/05 du 30 novembre 2006; VSI 1999 p. 247 consid. 1 et les références). La recourante ne saurait en tout cas se prévaloir de son âge, dès lors qu'un tel facteur ne constitue pas une circonstance dont l'assurance-invalidité doit répondre, et ce d'autant plus que la recourante n'était âgée que de 54 ans au moment déterminant de la notification de la décision litigieuse. Sur le vu de ce qui précède, et en l'absence d'un revenu effectivement réalisé, c'est à juste titre que l'intimé s'est référé aux données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique, singulièrement au salaire auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé. Compte tenu de l'activité de substitution raisonnablement exigible de la part de la recourante dans un emploi adapté à son état de santé, 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 4'019 fr. par mois (tous secteurs confondus) - valeur en 2006 - part au 13ème salaire comprise (ESS 2006, tableau TA1, niveau de qualification 4), soit 48'228 fr. par année. 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 2006 (41.7 heures; La Vie économique, 1/2 - 2006, tableau B9.2), ce montant doit être porté à 50'277 fr. (48'228 x 41.7 : 40) pour un plein temps, soit 45'250 fr. compte tenu de la baisse de rendement de 10% constatée par les experts. A ce montant, il convient, conformément à la jurisprudence, d'appliquer un facteur de réduction. L'intimé a fixé l'abattement à 20% pour tenir compte des limitations fonctionnelles et du fait que seul un travail léger est indiqué. Ce taux n'est pas contesté par la recourante et, au vu des critères jurisprudentiels, la Cour de céans est d'avis qu'il n'y a pas lieu de s'écarter de cette appréciation. Le revenu annuel d'invalide évalué sur la base des statistiques salariales est ainsi de 36'200 fr. en 2006. La comparaison du revenu avec et sans invalidité aboutit à un degré d'invalidité de 42% (62'901 - 36'200 / 62901), taux donnant droit à un quart de rente. Le degré d'invalidité retenu par l'intimé à compter du 14 juillet 2006 - 34% - est par conséquent erroné. Reste encore à déterminer la date à laquelle le droit à un quart de rente prend naissance. Aux termes de l'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 ; RAI), si la capacité de gain s'améliore, 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'occurrence, la recourante - qui avait une capacité de travail résiduelle de 75% dès le 13 mai 2006, lui donnant droit à une demi-rente dès le 1 er septembre 2006 - a eu, dès le 14 juillet 2006, une capacité de travail résiduelle de 90% aboutissant à un degré d'invalidité de 42%. Il s'ensuit qu'à compter du 1 er novembre 2006, soit trois mois après l'amélioration de sa capacité de gain, la recourante a droit à un quart de rente. Par conséquent, le droit de la recourante à une demi-rente octroyé dès le 1 er septembre 2006 - non contesté dans le cadre du recours - doit être diminué, dès le 1 er novembre 2006, à un quart de rente. Compte tenu de ce qui précède, c'est à tort que l'intimé a supprimé le droit de la recourante à la rente au 31 octobre 2006. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 24 novembre 2011 sera annulée en tant qu'elle limite le droit à la rente au 31 octobre 2006. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 1'500 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGa). Etant donné que,

depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), 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. Annule la décision de l'intimé du 24 novembre 2011 en tant qu'elle supprime le droit à la rente à compter du 1^{er} novembre 2006. Dit que la recourante a droit à un quart de rente dès le 1^{er} novembre 2006. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations et nouvelle décision.

Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 1'500 fr. à titre de participation à ses frais et 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 Nathalie LOCHER La présidente Doris GALEAZZI 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.